سيغموند فرويد

النظريّة العامّة للأمراض العصابيّة

ترجمة

جورج طرابيشي

دار الطليعة - بيروت

هذا الكتاب

ان يكن كل ما فعله فرويد في نظريته عن الهفوات وعن الاحلام انه قدّم مدخلاً الى التحليل النفسي ، فأنه في نظريته عن الامراض العُصابية يطرق لب الموضوع ويعرض جوهر التحليل النفسي ومادته النوعية .

والفتح الكبير للتحليل النفسي ، بالمقارنة مع الطب العقلي التقليدي ، انه ميّز الامراض **العصابية** عن جملة الامراض **العصبية** وأرجع منشأها الى الصراع الداخلي الذي يدور في لاشعور الانسان بين غرائز الأنا والغرائز الجنسية ، بين مبدأ الواقع ومبدأ اللذة .

والمحاضرات الثلاث عشرة التي يتألف منها هذا الكتاب تتميز ، كسائر المحاضرات التي ألقاها فرويد تحت عنوان **المدخل الى التحليل النفسي** ، بطابعها التعليمي الواضح والشامل الذي يجعلها في متناول المبتدىء ، علاوة على المختص ، وهي في الاجمال تُقدم أكمل عرض لعلم أسباب الامراض العُصابية ومغزى أعراضها وطريقة معالجتها ، وأمتع وصف للعديد من الحالات التي يعود الى التحليل النفسي وحده فضل شفائها أو كشف معناها .

بقراءة **النظرية العامة للامراض العصابية** يدرك القارئ لماذا استحق التحليل النفسي ان يلقب ، عن حق ، بعلم نفس الاعماق البشرية .

الثمن ٣٥٠٠ ل

دار الطليعة للطباعة والنشر
بيروت

هذه ترجمة كتاب

Introduction A La Psychanalyse

Troisième Partie

Théorie Générale Des Névroses

Par
Sigmund Freud

Petite Bibliothèque Payot

Paris 1962

المحاضرة السادسة عشرة

التحليل النفسي والطب العقلي

يطيب لي أن استأنف واياكم سلسلة احاديثنا . فقد حدثتكم في العام الماضي عن تصور التحليل النفسي للهفوات والاحلام ؛ واود اليوم ان اعرّفكم بالظاهرات العصابية التي تشترك ، كما سترون لاحقا ، بأكثر من سمة مع ظاهرتي الهفوات والاحلام . غير اني أحذركم من اني لا استطيع ، فيما يتصل بالظاهرات العصابية ، ان ادعوكم الى اتخاذ موقف مني مماثل لموقف العام الماضي . فقد ألزمت نفسي يومئذ الا اخطو خطوة قبل ان أتفق واياكم مسبقا ؛ وقد ناقشتكم كثيرا ، واخذت اعتراضاتكم بعين الاعتبار ؛ بل أسرفت في ذلك حتى رأيت فيكم وفي «حسكم السليم» مرجع القرار الاخير . غير ان ذلك لم يعد ممكنا الان ، وذلك لسبب بسيط جدا . فالهفوات والاحلام ظاهرات مألوفة

لكم ، بل ربما جاز القول بأن خبرتكم بها لا تقل عن خبرتي . لكن مضمار الظاهرات العصابية غريب عنكم ؛ فان لم تكونوا من الاطباء ، فلن يكون لكم من منفذ الى هذا المضمار غير ذاك الذي يمكن ان تفتحه لكم معلوماتي وبياناتي ؛ وأكثر الاحكام سدادا في الظاهر يكون في الواقع عديم القيمة اذا كان من يصدره على غير دراية بالموضوع المطلوب تقييمه والحكم عليه .

لكن لا تحسبوا اني أزمع ان ألقي عليكم محاضرات جازمة قاطعة او ان اطلب منكم ان تأخذوا بما اعطيكم بلا قيد او شرط . ولو كان هذا تصوركم فعلا ، فسينشأ عنه سوء تفاهم من شأنه ان يلحق بي أفدح الضرر والاساءة . فليس في نيتي ان أفرض الاقتناع عليكم فرضا ، بل حسبي ان احفزكم على التفكير وان أزعزع أحكامكم المسبقة . فان كان الجهل المادي بالموضوع لا يهيىء لكم قدرة للحكم ، فليس يجوز لكم ان تؤمنوا او ان تنكروا . بل ما عليكم في هذه الحال الا ان تصغوا وأن تدعوا ما يلقى على مسامعكم يفعل فيكم فعله . فليس الوصول الى اقتناع امرا هينا، والاقتناع الذي نصل اليه بلا جهد ولا عناء لا يلبث في اغلب الاحوال ان يثبت تهافته وعدم صلابته . ولا يحق للمرء ان ينتهي الى تكوين اقتناع الا بعد ان يمضي سنوات طويلة منكبا على مادة بعينها ويحضر شخصيا تكرار تلك التجارب الجديدة المدهشة الأخاذة التي سأحدثكم عنها . فما الجدوى ، في مضمار الفكر ، من ذلك الاقتناع السريع ، او من ذلك الاهتداء الذي يتم بمثل لمح البرق ، او من ذلك الرفض الفوري القاطع ؟ الا ترون ان «الحب من اول نظرة» ينتمي الى دائرة مغايرة تماما ، وبالتحديد الى المضمار الوجداني ؟ اننا لا نسأل مرضانا ان يقتنعوا بجدوى التحليل النفسي او ان يجاهروا بتأييدهم له . ولو فعلوا ، لاشتبهنا في امرهم . وأكثر ما يمكن ان نقدر لديهم موقف قائم على ريبية سمحة . فحاولوا اذن ، انتم ايضا ، ان تدعوا التصور

التحليلي النفسي يختمر فيكم على مهل ، جنبا الى جنب مع التصور الشعبي او تصور علم النفس ، الى ان تتهيأ الفرصة لهذه التصورات كيما تنعقد بينها صلات ووشائج متبادلة ، ويوضع واحدها على محك الآخر ، ليتأتى عن اجتماعها وتواجهها في خاتمة المطاف تصور فاصل حاسم .

ولن تكونوا الا مخطئين ، من ناحية اخرى ، ان اعتقدتم ان التصور التحليلي النفسي الذي سأعرضه لكم هو مذهب تأملي . فهو بالاحرى ثمرة خبرة وتجربة ، تعبير مباشر عن الملاحظة والمشاهدة او نتيجة لصياغة الملاحظة والمشاهدة . وتقدم العلم هو وحده الكفيل بتمكيننا من ان نحكم هل كانت هذه الصياغة كافية ومبررة . ومن غير ان احاول التباهي والتفاخر يسعني ان اقول لكم ، بما ورائي من حياة مديدة ومن مهنة امضيت فيها زهاء ٢٥ سنة ، ان جمع التجارب التي بنيت عليها تصوري استأداني مجهودا شاقا مكثفا . وقد تراءى لي في كثير من الاحيان ان اخصامنا لا يريدون ان يقيموا وزنا البتة لمصدر توكيداتنا ، فكأنها عندهم افكار ذاتية خالصة يمكن للمرء ، متى ما شاء ، ان يعارضها بغيرها . وانا لم اتمكن من فهم موقف اخصامنا هذا حق الفهم . وربما كان مرده الى ان الاطباء ينفرون من الدخول في صلات وعلاقات أوثق مما ينبغي مع مرضاهم المصابين بأمراض عصابية ، ولا يعيرون ما يخبرهم به هؤلاء اهتماما كافيا ، فيعجزون بالتالي عن استخلاص معلومات ثمينة من الاقوال التي يدلون بها، ولا يتأتى لهم ان يجروا على مرضاهم ملاحظات قمينة بأن تقدم لهم منطلقات لاستنتاجات ذات صفة عامة . وأعدكم بهذه المناسبة ان اتحاشى قدر الامكان ؛ في المحاضرات التي ستلي ، المناقشات الجدالية ، وبخاصة منها ما قد يدور مع باحث او مؤلف بعينه . فأنا لا أؤمن بصحة الحكمة القائلة ان المجادلة هي ام كل شيء . فهذه الحكمة تبدو لي من نتاج السفسطة الاغريقية ، وخطؤها انها تعزو ، نظير هذه السفسطة ، قيمة مسرفة الى الجدل . ويخيل

الي على العكس ان ما يسمى بالجدال العلمي عمل عقيم كل العقم، وبخاصة انه ينزع على الدوام الى تلبُّس طابع شخصي . ولقد كان يسعني أن أباهي ، حتى لسنوات خلت ، بأني لم أستعمل سلاح الجدال الا ضد عالم واحد (لونفيلد Lowenfeld من ميونيخ) ، وقد كانت النتيجة اننا تحولنا من خصمين الى صديقين، وصداقتنا لا تزال قائمة الى اليوم . وبما انني كنت لا اثق بالوصول الى نتيجة مماثلة على الدوام ، فقد أمسكت لفترة طويلة من الزمن عن معاودة التجربة .

قد يتراءى لكم ان مثل هذا النفور من كل نقاش ادبي ينمّ إما عن عجز وتخاذل ازاء الاعتراضات ، واما عن عناد مسرف ، او عن «تزمت» بحسب التعبير اللطيف للغة العلمية الدارجة . وسيكون ردي عليكم في هذه الحال انه اذا توصل المرء الى تكوين يقين ما بعد جهود شاقة مضنية ، فمن حقه ايضا الى حد ما ان يحرص على التمسك به والذود عنه بكل ما اوتيه من سبل . على انني أحرص ان اضيف انني كنت ، اثناء عملي هذا ، اجري تعديلا او تحويرا او تبديلا على بعض آرائي ، وانني ما توانيت قط عن التصريح بهذه التعديلات علانية . وماذا كانت نتيجة صراحتي ؟ لقد فات بعضهم الاطلاع على التصحيحات التي اخذت بها ، فما ونى ينتقدني الى اليوم على قضايا لم يعد لها عندي ما كان لها بالامس من معنى . بينما يلومني آخرون على هذه التعديلات بالذات ويعلنون اني لست ممن يُركن اليهم او ممن يمكن ان تحمل آراؤهم على محمل الجد . فلكأن من يعدل افكاره بين الحين والآخر لا يستأهل ثقة الناس ، اذ يوحي اليهم ان اطروحاته الاخيرة قد لا تقل خطأ عن سابقتها . لكن من يتمسك بأفكاره الاولى ولا يقبل بسهولة ان يجيد بأفكاره الاولى ولا يقبل بسهولة ان يحيد عنها يُعدّ ، من جهة اخرى ، عنيدا متزمتا . وازاء هذين الحكمين المتضادين اللذين يصدران عن النقاد لا يبقى امام المرء سوى اختيار

واحد ، وهو ان يبقى على ما هو عليه والا يصدع الا لحكمه الشخصي . وهذا ما قر عليه بالفعل قراري ، ولن يمنعني شيء من تعديل نظرياتي وتصحيحها طردا مع تقدم خبرتي وتجربتي . اما فيما يتصل بأفكاري الاساسية ، فلم أر داعيا لإحداث اي تغيير فيها ، وآمل ان يكون كذلك الامر في المستقبل .

عليّ اذن ان أعرض لكم التصور التحليلي النفسي للظاهرات العصابية . ويسير عليّ ان اربط هذا العرض بعرض الظاهرات التي حدثتكم عنها من قبل (١) ، لما بين هذه وتلك من أوجه تشابه وتباين على حد سواء . وسأسوق لكم كمثال احد الافعال الاعراضية مما اعتاد الكثيرون من الناس اتيانه اثناء استشارتهم لي . ان المحلل النفسي لا يستطيع ان يفعل شيئا للناس الذين يأتون اليه ليعرضوا في ربع ساعة كل صنوف البؤس والشقاء التي لاقوها طول حياتهم المديدة . كما ان معرفته المعمقة لا تسمح له بأن يتخلص من المريض بأن يهوّن عليه ما به ويصف له فترة وجيزة من المعالجة بالمياه . وقد سئل احد زملائنا عما يفعله مع المرضى الذين يقدمون لاستشارته ، فأجاب وهو يهز كتفيه : اوقع عليه غرامة بكذا كورونا . لا تعجبوا اذن ان قلت لكم ان عدد من يطلبون استشارة المحلل النفسي ، حتى ولو كانت عيادته مطروقة اكثر من غيرها ، ليس بالكبير بوجه عام . ولقد جعلت بين غرفة الانتظار وبين مكتبي باباً مزدوجا ومبطّنا باللباد . وهذا احتياط لا يعسر فهم معناه . والحال انه كثيرا ما ينسى الاشخاص عند انتقالهم من غرفة الانتظار الى مكتبي ان يغلقوا البابين وراءهم . فما ان انتبه الى ذلك حتى أبادر ، أيا تكن الصفة الاجتماعية

---

١ ـ اي الهفوات والاحلام . راجع المحاضرات السابقة في **المدخل الى التحليل النفسي** ، ثم في **نظرية الاحلام** ، دار الطليعة ، بيروت ١٩٨٠ . ـم ـ

للشخص الداخل عليّ ، الى لفت انتباهه الى ذلك ، في نبرة لا تخلو من حنق ، والى الطلب اليه ان يتدارك ما سها عنه . قد تقولون ان في ذلك اسرافا في التحذلق وشططا في التكلف . وقد لمت نفسي بنفسي احيانا على هذا التطلب ، اذ ان زواري هم في بعض الاحوال اشخاص يعجزون عن الامساك بأكرة الباب ويطيب لهم ان يقوم عنهم بهذا المجهود سواهم . لكني كنت على حق في اغلب الحالات ، لان من يسلك هذا المسلك ويذر الابواب الفاصلة بين غرفة الانتظار وغرفة الاستشارة في عيادة الطبيب مفتوحة لهو بكل تأكيد انسان غير مهذب ولا يستأهل ان يلاقى لقاء وديا. لكن لا تتسرعوا بالحكم قبل ان تعرفوا تتمة القصة . فهذا الاهمال لا يصدر عن المريض الا اذا وجد نفسه وحيدا في غرفة الانتظار وغادرها وهو مطمئن الى انه ليس فيها احد . وبالمقابل ، يحرص المريض على اغلاق الابواب اذا ما ترك في غرفة الانتظار اشخاصا ينتظرون مثله الاذن بالدخول الى غرفة الاستشارة . فهو يفهم حق الفهم في هذه الحالة الاخيرة انه ليس من صالحه ان يتيح للآخرين الاستماع الى محادثته مع الطبيب .

هكذا لا يكون اهمال المريض ، وقد تحدد على هذا النحو ، وليد المصادفة والاتفاق ، او غفلا من المعنى ، وحتى من الاهمية ، لانه ينم ، كما سنرى ، عن موقفه من الطبيب . فالمريض ينتمي الى تلك الفئة الواسعة من الناس الذين لا يقصدون سوى مشاهير الاطباء ، والذين يلتمسون ما يبهرهم ويروعهم . ولعله اتصل هاتفيا قبل مجيئه ليعرف ما أنسب الاوقات لمقابلة الطبيب ، وقد يتصور انه سيجد امام عيادة هذا الاخير صفا طويلا من الزبائن كذاك الذي يشاهد امام فرع من فروع بقالية ذائعة الصيت . والحال ، ها هوذا يلج الى غرفة الانتظار ، فيجدها فارغة ، فضلا عن انها متواضعة الاثاث . ويخيب ظنه ، وتأخذه رغبة في الانتقام من الطبيب لما كان يزمع ان يبديه نحوه من احترام زائد ، ويعبر عن حالته المعنوية هذه باهماله اغلاق البابين الفاصلين بين

غرفة الانتظار وغرفة الاستشارة . فكأنه يريد باهماله هذا ان يقول للطبيب : «ما الداعي الى اغلاق الباب ، ما دام ليس في غرفة الانتظار احد ، وما دام من غير المحتمل ان يدخل احد وانا في مكتبك ؟» . بل لا يندر ان يدلل ، اثناء الاستشارة ، عن قدر كبير من عدم التحرج وعدم الاحترام ، ان لم يوضع فورا عند حده .

ان تحليل هذا الفعل الأعراضي البسيط لا يضيف شيئا الى ما كنا نعلمه من قبل ، من حيث انه ليس فعلا عارضا ، وان له على العكس دافعا ومعنى وقصدا ، وانه جزء من سياق نفسي محدد ، وانه مؤشر صغير الى حالة نفسية لها اهميتها . غير ان هذا الفعل الأعراضي يتيح لنا على الاخص ان ندرك ان السيرورة النفسية التي يعبر عنها تجري خارج نطاق معرفة الشخص الذي يقوم بها ، اذ ليس بين جميع المرضى الذين يتركون البابين مفتوحين واحد يقر ويعترف بأنه اراد بهذا الاهمال ان يبدي لي عن ازدرائه . ومن المحتمل ان يسلم اكثر من واحد بأن شعورا بالخيبة قد ساوره وهو يدلف الى غرفة الانتظار ، لكن من المحقق ان الرابط بين هذا الشعور وبين الفعل الأعراضي الذي اعقبه لا يقع تحت متناول الوعي .

والآن سأجري موازنة بين هذا الفعل الأعراضي البسيط وبين ملاحظة لاحظتها على مريضة من مرضاي . وقد اخترت هذه الملاحظة لانها لا تزال طرية في ذاكرتي ، ولانها تصلح لوصف مقتضب . على اني احذركم مسبقا من ان بعض الاطالة امر محتم لا مهرب منه في أي عرض لحالة كهذه .

سألني ضابط شاب ، وهو في اجازة له ، ان اتولى علاج حماته : فهي ، وان كانت تعيش في شروط من السعادة القصوى، تنغص حياتها وحياة ذويها جميعا بفكرة سخيفة . وقد وجدتها سيدة تناهز الثالثة والخمسين من العمر ، ولكنها تبدو اصغر من ذلك ، فضلا عن انها انيسة ، لطيفة المعشر ، بسيطة في التعامل.

وروت لي بكل طواعية القصة التالية : انها تعيش عيشة سعيدة للغاية في الريف مع زوجها الذي يدير مصنعا كبيرا . وهي لا تملك الا ان تغبط نفسها على ما يحيطها به من رعاية وعناية . وكانا قد تزوجا عن حب قبل ثلاثين عاما ، ولم يعكر منذ يوم زواجهما شقاق او دافع من دوافع الغيرة صفو حياتهما المشتركة . وقد انجبت منه ولدين تزوجا زواجا حسنا . لكن زوجها ، الذي يريد ان يؤدي واجباته كرب أسرة حتى النهاية ، لا يزال يصر على المضي في العمل . وقبل سنة واحدة وقع حادث لا يصدق ، ولا تملك هي نفسها له فهما : فقد تسلمت رسالة غفلا من الامضاء تتهم زوجها الممتاز بأنه على علاقة غرامية باحدى الصبايا ، فصدقت ما جاء فيها . ومنذ ان استلمت تلك الرسالة تحطمت سعادتها تحطيما . وقد تبين بنتيجة التقصي ان خادمة هذه السيدة — وكانت هذه الاخيرة تطلعها على الحميم من أمور حياتها الخاصة — كانت تضمر حقدا دفينا لفتاة اخرى اصابت حظا اوفر من النجاح في الحياة ، مع انهما من اصل اجتماعي واحد : فبدلا من ان تمتهن الخدمة في بيوت الآخرين واصلت الدراسة حتى تمكنت من دخول المصنع كمستخدمة . ولما تقلص جهاز العاملين في المصنع بفعل التعبئة العامة ، أتيح لتلك الفتاة ان تشغل في نهاية المطاف مركزا تحسد عليه : فقد صارت تسكن في المصنع نفسه ، ولا تعاشر الا «السادة» ، ويدعوها الجميع بـ «الآنسة» .
وقد دبت الغيرة في نفس الخادمة لما اصابته زميلتها القديمة في المدرسة من توفيق ، وصارت على استعداد لان تتقول عليها بكل الشر الممكن . وذات يوم حدثتها سيدتها عن رجل عجوز قدم لزيارة المنزل ، ويُعرف عنه انه منفصل عن حليلته ويعيش مع خليلة . وتجهل مريضتنا ما دفع بها الى ان تقول لخادمتها انها لا تستفظع شيئا كأن يتناهى الى علمها ان زوجها الطيب له علاقة كتلك . وفي الغداة تلقت بالبريد الرسالة الغفل المكتوبة بخط محرف والمتضمنة الخبر المشؤوم . وقد اشتبهت للحال بأن

الرسالة من تلفيق خادمتها الشريرة ، لان الفتاة المتهمة فيها بأنها خليلة الزوج هي عين الفتاة التي تكنّ لها الخادمة حقدا دفينا . لكن بالرغم من ان المريضة لم تتأخر في تخمين الدسيسة ، وانه كان لها من الخبرة والتجربة ما يؤهلها لان تعلم ان مثل هذه الوشاية الدنيئة غير جديرة بالتصديق ، فان تلك الرسالة قد هزتها بعنف . واستحوذت عليها سورة من الهياج الشديد ، وبعثت في طلب زوجها ، فما كاد يحضر حتى انهالت عليه بمر اللوم ولاسع القول . غير ان الزوج تقبل التهمة ضاحكا وبذل كل ما بوسعه لتهدئة زوجته . وفي النهاية استدعى طبيب الاسرة والمصنع ليعاضده بجهوده . وجاء موقف الزوج والزوجة لاحقا كما يجب ان يجيء : فقد فصلت الخادمة ، وبقيت الخليلة المزعومة في وظيفتها . ومنذ ذلك اليوم صارت المريضة تزعم وتكرر الزعم انها استردت هدوءها ، وانها لم تعد تصدق ما جاء في الرسالة الغفل . لكن هدوءها كان ضحلا ومؤقتا . اذ ما كان اسم الفتاة يلفظ امامها او ما كانت تلتقيها في الطريق حتى تجتاحها نوبة جديدة من الشك والالم والتعنيف .

هذه هي قصة تلك السيدة الطيبة . ولا يحتاج المرء الى خبرة كبيرة بالطب العقلي ليفهم انها تميل ، خلافا لغيرها من المرضى العصبيين ، الى التخفيف من حالتها ، او — كما نقول — الى التكتم ، وأنها لم تفلح قط في الواقع في التغلب على تصديقها للتهمة التي جاءت في الرسالة الغفل .

ما الموقف الذي يمكن ان يتخذه طبيب الامراض العقلية حيال حالة كهذه ؟ لقد عرفنا من قبل كيف يمكن ان يكون موقفه من الفعل الأعراضي للمريض الذي لا يغلق باب غرفة الانتظار . فهو يرى في هذا الفعل حادثا عارضا عديم الاهمية من وجهة النظر النفسية . لكنه لا يستطيع ان يقف الموقف نفسه حيال تلك السيدة الغيور الى حد مرضي . فلئن بدا الفعل الأعراضي شيئا لا يعتد به ، فان

العرض يفرض نفسه علينا كظاهرة ذات شأن واهمية . فمن وجهة النظر الذاتية يتواكب هذا العرض بألم ممض ؛ ومن وجهة النظر الموضوعية يهدد سعادة اسرة . ومن هنا فهو جدير بلا جـدال باثارة اهتمام الطبيب العقلي . وهذا الاخير يسعى اولا الى تحديد العرض باحدى خصائصه الجوهرية . فليس بالامكان القول ان الفكرة التي تعذب تلك المراة وتقض مضجعها بعيدة عن المنطق بحد ذاتها ، اذ قد يحدث ان يتخذ المتزوجون من الرجال ، بمن فيهم المتقدمون في السن ، خليلات لهم من الصبايا . لكن ثمة شيئا آخر بعيد عن المنطق ومستغلق على التصور . فباستثناء المزاعم التي تضمنتها الرسالة الغفل ، ليس لدى المريضة من مبرر البتة للاعتقاد بأن زوجها المحب والوفي ينتمي الى تلك الفئة من الازواج غير المخلصين . وهي تعلم ايضا ان الرسالة ليست جديرة بالتصديق على الاطلاق ، كما تعلم بمصدرها . اذن فالمفروض بها ان تقول لنفسها ان غيرتها ليس لها ما يبررها ؛ وهذا بالفعل ما تقوله لنفسها ، لكنها بالرغم من ذلك تتألم ، كما لو ان بحوزتها ادلة لا تدحض على خيانة زوجها . وقد جرى الاتفاق على اطلاق اسم **الوساوس** على هذا النوع من الافكار ، اي الافكار التي تستعصي على الحجج المنطقية وتمتنع على الحجج المستمدة من الواقع . اذن فالسيدة الطيبة تعاني من **وسواس الغيرة** . وتلك هي بالفعل السمة المميزة الرئيسية للحالة المرضية التي نحن بصددها .

ان تقرير هذه الواقعة الاولى من شأنه ان يزيدنا اهتماما بطب الامراض العقلية . فان قاوم الوسواس امتحان الواقع ، فلأن مصدره لا يكمن في هذا الواقع . فمن اين جاء اذن ؟ ان محتوى الوسواس يتنوع الى ما لا نهاية ؛ فلمَ كانت الغيرة دون سواها هي محتوى الوسواس في الحالة التي نحن بصددها ؟ هنا يطيب لنا ان نستمع الى طبيب الامراض العقلية ، لكن هذا ليس لديه ما يقوله لنا . ومن بين جميع اسئلتنا تلك ، لا يهمه سوى سؤال واحد . فهو سينقّب في السوابق الوراثية لتلك السيدة ، وربما

اعطانا الجواب التالي : تحدث الوساوس لدى الاشخاص الذين نكتشف سوابقهم الوراثية عن اضطرابات مماثلة او غيرها من الاضطرابات النفسية . وبعبارة اخرى ، لئن انبنى وسواس لدى تلك المراة ، فلأنها مهيأة له وراثياً . ولا ريب في ان هذه المعلومة مفيدة ، لكن اهذا كل ما نريد ان نعرفه ؟ أليس هناك اسباب اخرى نشأت عنها الحالة المرضية التي نحن بصددها ؟ لقد لاحظنا ان الغيرة كانت هي ، دون سواها ، مضمون الوسواس الذي انبنى لدى تلك السيدة : فهل هذه واقعة عديمة الاهمية ، او اعتباطية ، او عصية على التفسير ؟ والاطروحة القائلة بكلية قدرة الوراثة : اينبغي ان نفهمها ايضا بالمعنى السلبي ، اي هل يتعين علينا ان نسلم بانه متى ما كان لدى انسان من الناس استعداد مسبق للوقوع ضحية وسواس من الوساوس ، فان الاحداث والتجارب التي يمكن ان يمر بها تكون مما لا يعتد به ؟ واكبر الظن انكم راغبون في معرفة ما يحمل طب الامراض العقلية على الامتناع عن تزويدنا بمزيد من المعلومات . وجوابي عن هذا ان من يعطي اكثر مما لديه غشاش لا يؤتمن . وطبيب الامراض العقلية لا يملك من وسيلة ينفذ بها الى ابعد من ذلك في تفسير حالة مرضية من هذا النوع . فهو مضطر الى الاكتفاء بتشخيص الحالة ، وبالرغم من خبرته الفنية فانه لا يملك ان يتنبأ على وجه اليقين بمسار المرض لاحقا.

هل نستطيع ان ننتظر من التحليل النفسي شيئا اكثر ؟ بكل تأكيد ، وآمل ان اتمكن من ان أبرهن لكم ان في مقدوره ، حتى في حالة عصية المتناول كتلك التي نحن بصددها ، ان يسلط الضوء على وقائع من شأنها ان تذللها للفهم . أرجوكم اولا ان تتذكروا تلك النقطة التفصيلية العديمة الاهمية في الظاهر ، وهي ان المريضة نفسها هي التي كانت في الحقيقة وراء تلفيق الرسالة الغفل التي كانت منطلق وسواسها : أفلم تقل في الليلة السابقة للخادمة الدساسة انها لا تستفظع شيئا كأن يتناهى الى علمها ان

لزوجها خليلة ؟ فقد أوحت بقولها هذا للخادمة بفكرة ارســال الرسالة الغفل . وهكذا يغدو الوسواس مستقلا ، الى حد ما ، عن الرسالة ؛ وقد كان له وجوده السابق لدى المريضة فـي صورة توجس (أو رغبة ؟) . أضف الى ذلك بعض الوقائع البسيطة التي امكن لي استخلاصها خلال ساعتين من التحليل . فقد ابـدت المريضة عن عدم استعداد للاستجابة حين طلبت اليها ، بعد ان انتهت من سرد قصتها ، مكاشفتي بأفكار وذكريات اخرى يمكن ان تكون ذات صلة بها . فقد زعمت انه ليس لديها ما تضيفه ، ولم يكن مفر بعد زهاء ساعتين من وقف التجربـة بعد ان صرحت المريضة انها تحس بأنها على احسن ما يرام وانها متيقنة من انها تحررت من فكرتها المرضية . وغني عن البيان ان ما املى عليها هذا التصريح خوفها من ان امضي في التحليل قدما . غير ان لسانها افلت خلال تينك الساعتين ببضع ملاحظات اتاحت لي ، بل فرضت علي تأويلا معينا يلقي باهر الضوء على نشأة وسواسها. فقد كانت تكن هي نفسها عاطفة عميقة لشاب بعينه ، هو ذلك الصهر الذي بناء على الحاحه قصدتها لأعالجها . وهي ما كانت تفطن لهذه العاطفة ، او ما كانت تعيها الا في القليل : فنظرا الى اواصر القربى التي كانت تشدها الى ذلك الشاب ، لم يكن من الصعب على شعورها الحبي ان يلبس قناع ود بريء . والحال انه تتوفر لنا بهذه المواقف خبرة كافية لننفذ بلا مشقة الى الحيـاة النفسية لتلك المراة المستقيمة والأم الممتازة ذات الثلاثة والخمسين عاما . لقد كانت العاطفة التي تعتمل في نفسها افظع واحرج من ان تكون واعية ؛ غير انها ظلت ، وهي في حالة اللاشعور ، تمارس ضغطا شديدا . وكانت المراة بحاجة الى شيء يحررها من هـذا الضغط ، فوجدت الفرج في آوالية النقل التي تلعب في غالب الاحيان دورا في نشوء الغيرة المتسلطة . فلو انها ، وهي المـراة المسنة ، ليست وحدها التي تحب شابا فتى ، بل لزوجها ايضا

خليلة صغيرة السن ، لشعرت بتحرر من وخز الضمير الذي لا بد ان تسببه لها خيانتها تلك . وبذلك تكون الفكرة الثابتة لديها عن خيانة زوجها بمثابة بلسم مهدىء يطفىء لهب جرح محرق . ولئن لم تكن واعية لحبها ، فقد كانت تعي بالمقابل وعيا حادا ، يصل الى حد الهوس ، الانعكاس الوسواسي لهذا الحب ـ وهو انعكـاس تجني منه اعظم الفائدة . وما كان لجميع الحجج التي يمكن ان يعترض بها الآخرون على فكرتها الثابتة ان تجدي فتيلا ، لانهـا كانت موجهة لا ضد الانموذج ، بل ضد صورته المنعكسة ، وكانت هذه الصورة تستمد قوتها من ذلك الانموذج الذي بقي مختبئا في اللاشعور ، في حرز منيع .

لنلخص المعطيات التي امكن لنا أن نظفر بها من ذلك المجهود التحليلي النفسي المقتضب والعويص . فلعلها تتيح لنا ان نفهم تلك الحالة المرضية ، وهذا بطبيعة الحال على فرض اننا نهجنا النهج الصحيح ، وهو ما ليس لكم ان تحكموا عليه هنا . المعطية الاولى: ان الفكرة الثابتة لم تعد شيئا بعيدا عن المنطق ومستغلقا علـى الفهم ، بل ان لها معنى وحافزا ، وتحتل مكانها في سياق حدث وجداني طرأ على حياة المريضة . المعطية الثانية : هذه الفكـرة الثابتة لازمة وضرورية ، من حيث هي رد فعـل على سيرورة نفسية لاشعورية امكن لنا كشف النقاب عنها من دلائل اخرى ؛ وانما بحكم الرابط الذي يربطها بهـذه السيرورة النفسيـة اللاشعورية اكتسبت طابعها المتسلط ومقاومتها ضد جميع الحجج المستمدة من المنطق والواقع . بل ان هذه الفكرة الثابتة شـيء مؤات ، وضرب من العزاء . المعطية الثالثة : لئن تكن المريضة قد كاشفت الخادمة الدساسة بالسر الذي تعلمون ، فلا مراء في ان دافعها الى ذلك كان العاطفة الخفية التي تضمرها لصهرها والتي هي اشبه بركيزة لمرضها . والحالة التي نحن بصددها تشترك مع الفعل الأعراضي الذي حللناه أعلاه في نقطتين هامتين من نقاط

التشابه : فقد افلحنا في كلتا الحالين في استخلاص معنى التظاهرة النفسية او قصدها ، وفي اماطة اللثام عن صلة هذا المعنى او القصد بعنصر لاشعوري هو جزء من الموقف .

غني عن القول اننا لم نجب على جميع الاسئلة ذات الصلة بالحالة التي نحن بصددها والتي هي مثقلة في الحقيقة بمعضلات، بعضها غير قابل للحل بعد ، وبعضها الآخر تعذر حله بسبب الظروف غير المؤاتية ، الخاصة بهذه الحالة . فلماذا مثلا وقعت هذه السيدة ، السعيدة بزواجها ، في حب صهرها ، ولماذا اخذ الخلاص لديها شكل انعكاس ، شكل اسقاط لحالتها على زوجها ، مع انه كان من الممكن ان يتلبس اشكالا مغايرة ؟ لا تحسبوا ان هذه اسئلة باطلة وخبيثة . بل هي تحتمل اجوبة نملك من الان عناصر عدة منها . فمريضتنا بلغت تلك السن الحرجة التي تتأجج فيها الحاجة الجنسية لدى المراة تأججا مباغتا وغير مساغ : وهذه الواقعة كافية بحد ذاتها ، عند الاقتضاء ، لتفسير كل الباقي . لكن من المحتمل ايضا ان يكون الزوج الطيب والوفي قد افتقد منذ بضع سنوات القدرة الجنسية الكفيلة بمجاراة حاجة زوجته التي حافظت اكثر منه على عنفوانها . ونحن نعلم بالخبرة ان هؤلاء الازواج ، الذين لا يحتاج اخلاصهم الى تفسير آخر اصلا ، يعاملون زوجاتهم بحنان خاص ويتقبلون بحلم وتسامح كبيرين اضطراباتهن العصبية . أضف الى ذلك انه امر له اهميته ان يكون حب تلك السيدة المريض قد انصب على زوج ابنتها الشاب تحديدا . فالتعلق الايروسي بالابنة ، وهو تعلق يمكن رده في التحليل الاخير ، الى جبلّة الأم الجنسية ، كثيرا ما يجد سبيله الى البقاء والاستمرار عن طريق مثل هذا التحويل . وهل احتاج الى ان اذكركم بهذا الصدد بأن العلاقات الجنسية بين الحماة والصهر عُدّت منذ اقدم الازمنة مستهجنة اشد الاستهجان ، وقد احاطتها الاقوام البدائية بضروب شتى من التحريم (التابو)

والتدنيس الصارمين (٢) ؟ وكثيرا ما تتجاوز هذه العلاقات ، ان بالمعنى الايجابي وان بالمعنى السلبي ، الحد المقبول به اجتماعيا . وبما انه تعذر علي ان أتابع تحليل هذه الحالة اكثر من ساعتين من الزمن ، فلست مستطيعا ان اقول لكم أي تلك العوامل الثلاثة هو المسؤول عن حالة مريضتنا : فقد يكون عصابها نشأ عن واحد منها، او عن اثنين ، وربما عن تضافر ثلاثتها مجتمعة .

اني أنتبه الان الى انني حدثتكم عن اشياء لم تتهيأوا بعد لفهمها . وقد فعلت ذلك لاقيم موازاة ومقابلة بين طب الامراض العقلية والتحليل النفسي . فهل انتبهتم الى وجود تعارض بينهما في مضمار ما ؟ ان طب الامراض العقلية لا يستخدم الطرائق التقنية للتحليل النفسي ، ولا يأبه لربط الفكرة الثابتة بأي شيء كان ، ويكتفي بان يدلنا على الوراثة بصفتها عاملا اتيولوجيا (٣) عاما وبعيدا ، بدل ان يعكف على تقصي اسباب اخص وعلل اقرب . لكن هل ثمة من تناقض او تعارض ؟ ألا ترون ان طب الامراض العقلية والتحليل النفسي لا يتنافيان ، بل يكمل أحدهما الآخر، كما ان العامل الوراثي والحدث النفسي لا يتصارعان ولا يتناقضان، بل يتضافران تضافرا فعالا للوصول الى النتيجة نفسها ؟ ستوافقونني على ان عمل الطب العقلي لا ينطوي في طبيعته على شيء يمكن اتخاذه حجة ضد البحث التحليلي النفسي . وانما طبيب الامراض العقلية – لا طب هذه الامراض – هو الذي يقف موقف معارضة من التحليل النفسي . وموقع هذا الاخير من طب الامراض العقلية كموقع علم الانسجة من علم التشريح : فأحدهما يدرس الاشكال الخارجية للاعضاء ، وثانيهما يدرس الانسجة والخلايا التي تتألف منها هذه الاعضاء . فمما لا يتصور اذن ان

---

٢ – انظر **الطوطم والتابو** ، ١٩١٣ . –م–

٣ – الاتيولوجيا : مبحث نشوء الامراض وأسبابها . –م–

يقوم تناقض بين هذين المستويين من الدراسة اللذين يتمم واحدهما الآخر . ان علم التشريح ينهض اليوم اساساً للطب العلمي ، غير انه مر حين من الزمن كان تشريح الجثث البشرية ، الرامي الى معرفة البنية الباطنة للجسم ، من المحرمات ، تماماً كما يذين بعضهم اليوم ممارسة التحليل النفسي الرامية الى معرفة طريقة الاشتغال الداخلي للحياة النفسية . على ان كل ما حولنا يحملنا على الاعتقاد بأنه لم يعد بعيدا اليوم الذي يتضح فيه ويتأكد ان طب الامراض العقلية العلمي حقا يفترض معرفة جيدة بالسيرورات الدفينة واللاشعورية للحياة النفسية .

قد يكون لهذا التحليل النفسي ، الذي حورب حربا عوانا ، بعض أنصار بينكم يطيب لهم ان يروه وقد ثبّت موقع قدميه ايضا كطريقة علاجية . وانتم تعلمون ان الوسائل المتاحة لطب الامراض العقلية تقف عاجزة عن التأثير على الافكار التسلطية . فهل يكون التحليل النفسي ، العارف بأوالية هذه الأعراض ، اوفر حظا وأكثر توفيقا في هذا المضمار ؟ كلا ؛ فهو ليس اكثر فعالية من اية طريقة علاجية اخرى في السيطرة على هذه الامراض . في الوقت الحاضر على الاقل . صحيح انه بوسعنا ، بفضل التحليل النفسي، ان نفهم ما يجري في نفس المريض ، لكن لا تتوفر لنا اية وسيلة لنجعل المريض يفهم ذلك هو نفسه . وقد أسلفت لكم القول انني ما تمكنت ، في الحالة التي عرضتها لكم في هذه المحاضرة ، ان انفذ بالتحليل الى ما وراء الطبقات السطحية الاولى . فهل ينبغي ان نستنتج من ذلك ان تحليل هذا النوع من الحالات لا بد ان يهمل ويندر ، لانه عقيم لا يجدي فتيلا ؟ لا أعتقد ذلك . فمن حقنا ، بل من واجبنا ان نواصل أبحاثنا ، من دون ان نبالي بجدواها المباشرة . ثم اننا لا ندري اين ومتى يمكن للمعرفة الزهيدة التي تحصلت لنا ان تتحول الى قدرة علاجية . وحتى لو دلل التحليل النفسي ازاء سائر الامراض العصبية والنفسية على عجز مماثل لذاك الذي ابداه حيال الافكار التسلطية ، فانه يبقى مشروعاً

ومبررا تماما كوسيلة لا بديل عنها للبحث العلمي . صحيح اننا لن نكون قادرين في هذه الحال على مزاولته ، اذ ان الناس الذين نريد ان نتعلم عليهم ، الناس الذين هم أحياء ومحبوون بارادة خاصة ومحتاجون الى حوافز شخصية كيما يمدوا الينا يد العون، سيمسكون عندئذ عن التعاون معنا . وعليه لا أريد ان أختم هذه المحاضرة من دون ان اخبركم ان هناك طائفة واسعة من الاضطرابات العصبية يمكن فيها لتفهم افضل ان يتحول بسهولة الى قدرة علاجية ، وان التحليل النفسي يتيح لنا ، في بعض الشروط ، ان نصل في هذه الامراض العسيرة المتناول الى نتائج لا تقل اهمية البتة عن تلك التي يتم الوصول اليها في اي فرع آخر من فروع العلاج الطبي الداخلي .

المحاضرة السابعة عشرة

معنى الاعراض

أوضحت لكم في المحاضرة السابقة أنه علـــى حين ان طب الامراض العقلية لا يهتم بشكل تظاهـــر كل عرض من الاعراض وبمضمون هذا العرض ، يركز التحليل النفسي اهتمامه الرئيسي على هذا الشكل وهذا المضمون تحديدا ، ويفلح في ان يثبت ان لكل عرض معنى وصلة وثيقة بحياة المريض النفسية . وأول من اكتشـــف الاعراض العصابيـــة هو ج. بروير (١) Breuer

---

١ ـ جوزيف بروير : طبيب وعالم نفس نمساوي (١٨٤٢ ـ ١٩٢٥) ، عمل معه فرويد في بداية حياته العلمية في مختبر الدكتور بيركه واشترك معه فـي عام ١٨٩٥ في تأليف كتاب بعنوان **دراسات في الهستيريا**. وكان بروير يكبره =

في دراسته واعادة بنائه الناجحة لحالة هستيريا أضحت مـــن الحالات المشهورة التي يشار اليها بالبنان منذئذ (٢) (١٨٨٠ ـ ١٨٨٢) . صحيح ان ب. جانيه (٣) Janet اكتشف الاكتشاف نفسه ، مستقلا عن بروير ؛ بل ان هذا العالم الفرنسي تعود اليه اسبقية النشر ، على اعتبار ان بروير لم ينشر دراسته الا بعد مضي عشر سنوات (١٨٩٣ ـ ١٨٩٥) ، يوم كنا نتعاون معا . ولا يهمنا اصلا ان نعلم لمن يعود الفضل في الاكتشاف ، فكل اكتشـــاف يكتشف اكثر من مرة ، ولا وجود لاكتشاف يتم دفعة واحدة ، كما ان النجاح لا يعزى دوما الى صاحب الاستحقاق . فأميركا لم تسم باسم كولومبوس . وقبل بروير وجانيه كان طبيب الامراض العقلية العظيم أوريه Leuret قد أعرب عن راي مفاده انه لا يتعذر ان نجد معنى حتى لهذيان المجانين اذا عرفنا كيف نترجمه .

= بأربعة عشر عاما ، وكان يستخدم التنويم المغناطيسي في عـــلاج المرضى النفسانيين ، ثم ما لبث ان استعاض عنه بمنهج التطهير (كاثارسيس) الذي يقوم على انتزاع الاسرار التي ترهق المريض من افكار وعواطف مكبوتة . ولكن فرويد لم يقف عند الحد الذي كان وصل اليه بروير ، فانفصمت عرى التعاون بين الاثنين ، ومضى فرويد في طريق التحليل النفسي وحيدا . وقد كتب عـــن بروير في «حياتي والتحليل النفسي» يقول : «لقد كلفني نمو التحليل النفسي صداقته . لم يكن من السهل عليّ دفع هذا الثمن ، لكن لم يكن في مقدوري ان اتفادى ما كان» . ـم ـ

٢ ـ تعرف في تاريخ التحليل النفسي باسم آنا . و ، واسمها الحقيقي مارتا بابنهايم ، وقد نشر تفاصيل حالتها في كتابـــه المشترك مع فرويـــد **دراسات في الهستيريا** (١٨٩٥) . ـم ـ

٣ ـ بيير جانيه : من رواد علم النفس التجريبي في فرنسا (١٨٥٩ ـ ١٩٤٧) . ـم ـ

واقر بأني كنت لفترة طويلة من الزمن اميل الى ان اعزو الـــى ب. جانيه فضلا خاصا على تفسيره للاعراض العصابية التي رأى فيها تعابير عن «افكار لاشعورية» تهيمن على المرضى . لكن جانيه دلل فيما بعد على تحفظ مغالى فيه ، وصرح بما من شأنـــه ان يوحي وكأن اللاشعور لا يعدو ان يكون في نظره «صيغة مجازية» وأن هذا المصطلح لا يقابله في تصوره شيء في الواقع . ومنذئذ لم اعد أفهم استنتاجات جانيه ، لكني أعتقد انه أساء الى نفسه أساءة فادحة ، مع ان فضله كان يمكن ان يكون كبيرا .

الاعراض العصابية اذن معناها ، مثلها مثل الهفوات والاحلام، كما انها ترتبط ، نظيرها ، بحياة الاشخاص الذين تتبدى لديهم. وأريدكم ان تستوعبوا هذه الفكرة الهامة بمعونة بعض الامثلة . وأنا أؤكد لكم ان هذا هو واقع الحال دوما وفي كل الحالات ، وان لم يكن في مقدوري ان أبرهن عليه . ومن يبحث بنفسه عـــن تجارب ، فسينتهي به الامر لا محالة الى الاقتناع بما اقوله . لكني، لاسباب خاصة ، سأستعير امثلتي لا من الهستيريا ، بل مـــن عصاب آخر ، ملفت للنظر هو الآخر ، وقريب الصلة في اواقع بالهستيريا ، وسأقدم له بكلمة تمهيدية مقتضبة . يسمى هذا العصاب بالعصاب الوسواسي ، ولكنه لم يصب من الشهرة مـــا اصابته الهستيريا التي يعرفها الناس جميعا . وان جاز لي القول، فهو أقل صخبا وجلبة ، وأدنى الى ان يكون شأنا خاصا مـــن شؤون المريض ، ويكاد يستغني استغناء شبه تام عن التظاهرات البدنية ويركز كل أعراضه في المضمار النفسي . والعصـــاب الوسواسي والهستيريا شكلان عصابيان قدما اول ركيزة للدراسة للتحليل النفسي ، وفي علاجهما أحرزت تقنيتنا العلاجيـــة اروع نجاحاتها . لكن العصاب الوسواسي ، الذي يفتقر الى ذلـــك الامتداد الغامض من النفسي الى الجسمي ، امكن للتحليل النفسي ان يجلوه وأن ينفذ الى اسراره بوضوح اكبر مما في الهستيريا ، وتهيأ لنا ان نلاحظ انه يبرز للعيان بقدر اكبر من الجلاء بعـــض

السمات والخصائص المتطرفة للامراض العصابية .

يتظاهر العصاب الوسواسي بما يلي : فالمرضى تشغل بالهم افكار لا تهمهم في الواقع ، وتعتمل في انفسهم محرضات تبدو لهم غريبة شاذة ، ويجدون انفسهم مدفوعين الى أعمال لا يعود عليهم الاتيان بها بأي متعة ، لكنهم لا يستطيعون منها فكاكا . وقد تكون الافكار (التمثلات المتسلطة) عارية من المعنى بحد ذاتها ، او عديمة الاهمية بالنسبة الى الشخص المعني ، وغالبا ما تكون سخيفـــة وعبثية ، وتستثير في كل الاحوال نشاطا عقليا مكثفا ينهـــك المريض ولا يقوم به الا على كره ومضض . فهو مضطر ، رغما عنه، الى التفحص والتقصي وإعمال الفكر ، كما لو ان القضية اهـــم قضاياه وأكثرها حيوية . كذلك فان المحرضات التي تعتمل فـــي نفس المريض قد تبدو هي الاخرى صبيانية وعابثة ، لكنها تنطوي في اغلب الاحيان على مضمون مرعب ، فيشعر المريض وكأنـــه مدفوع الى اقتراف جرائم خطيرة ، فلا يكتفي بالتالي بأن يدفع عنه تلك المحرضات باعتبارها غريبة دخيلة ، بل يهرب منها ايضا مذعورا ويذب عنه اغراءها بشتى ضروب التحظير والتحرز وتقييد حريته . والجدير بالذكر ان هذه الجرائم والفعال الشريرة لا تشق طريقها ابدا ولو الى بداية التنفيذ : فالهرب والتعقل يظهران عليها دوما في نهاية المطاف . اما الافعال التي ينفذها المريض فعلا ، وهي تلك التي تسمى بالافعال المتسلطة ، فلا تعدو ان تكون افعالا بريئة ، غير ضارة ، غير ذات شأن في الحقيقة ، وفي اغلب الاحيان مجرد تكرار وتنميق احتفالي للاعمال العادية في الحياة الجارية ، فتكون النتيجة من ثم ان الاعمال اليومية التي لا مفر من القيـــام بها ، كالرقود والاغتسال وارتداء الثياب والخروج للتنزه ، تغدو مشكلات شاقة ، عويصة ، شبه مستعصية على الحل . ولا تكون الافكار والمحرضات والاعمال المرضية ممزوجة بنسبة واحدة في كل شكل من اشكال العصاب الوسواسي وفي كل حالة من حالاته:

فغالبا ما ترجح كفة احد هذه العوامل على ما سواه ، فيطبع المرض بطابعه ويعين له اسمه ؛ لكن جميع الاشكال وجميع الحالات تشترك بسمات مشتركة يستحيل ان يخطئها التقدير .

انه بكل تأكيد مرض غريب عجيب. وأعتقد ان طبيب الامراض العقلية مهما أوتي من خيال مسرف فلن يفلح ابدا في ابتداع شيء يماثله ، ولو كانت الفرصة لا تسنح لنا يوميا لمعاينة أشباه هذه الحالات ، لشق علينا ان نؤمن بوجودها . لكن لا تحسبوا أنكم تسدون للمريض خدمة لو نصحتموه بأن يتسلى ويسرّي عن نفسه، والا يستسلم لافكاره العابثة ، وأن يستبدلها بأخرى متعقلة . فهو يود من تلقاء نفسه لو يفعل ما تنصحونه به ، لانه واع بحاله ، ومشاطركم رايكم في أعراضه المتسلطة ، بل مكاشفكم به قبل ان تتلفظ به شفاهكم . ومع ذلك فانه لا يملك من امر نفسه شيئا : فالفعل الذي يصدر عنه وهو تحت سطوة عصابه الوسواسي مشحون بطاقة اكبر الظن ان ليس لها من نظير في الحياة السوية. فكل ما يستطيعه شيء واحد : ان ينقل ويقايض ويستبدل فكرة عابثة بأخرى تماثلها او قد تكون اخف منها عبثا ، وأن يستعيض عن احتراس بآخر ، وعن حظر بآخر ، وأن ينجز فعلا طقسيا محل فعل آخر . في مقدوره اذن ان ينقل اندفاعه القهري ، لكنه عاجز عن إبطاله . ونقل الاعراض ، بحيث تبتعد كثيرا عن شكلها البدائي ، هو احدى السمات الرئيسية لمرضه ؛ ومما يسترعي الانتباه ، فضلا عن ذلك ، ان التعارضات (ظاهرة القطبية) التي تتسم بها الحياة النفسية بارزة أشد البروز في حالته . فالى جانب الاندفاع القهري او الوسواس ذي المضمون السالب او الموجب، يظهر في المجال العقلي الشك ليحيق بالاشياء الاكيدة الثابتة بوجه عام . وتكون نتيجة ذلك كله تزايدا مطردا في التردد والحيرة ونقصا في النشاط وانحدادا للحرية . وهذا مع ان مريضنا كان في ما انف رجلا قوي الشكيمة ، جلدا صبورا ، ذا ذكاء اعلى من المتوسط . كما انه يكون في غالب الاحيان ذا

مستوى خلقي رفيع وضمير حي، وعلى درجة نادرة من الاستقامة. ولعلكم تحدسون بالمجهود الذي لا بد من بذله لنتمكن من الاهتداء الى طريقنا وسط هذه الشبكة المتناقضة من السمات الطبعية والاعراض المرضية . ولذا فاننا لا نطمح في الوقت الحاضر الا في القليل اليسير : ان نقتدر على فهم بعض هذه الاعراض وتأويلها .

قد ترغبون في ان تعرفوا ، تمهيدا للمناقشة التي ستلي ، كيف يتصرف طب الامراض العقلية الراهن حيال مشكلات العصاب الوسواسي . والحق ان المادة التي تتصل بهذا الموضوع هزيلة ضئيلة . فطب الامراض العقلية يخلع اسماء على مختلف ضروب الوسواس ، ولا شيء اكثر من ذلك . وبالمقابل ، فانه يلح على كون حمَلة هذه الاعراض من «المنحطين» . وهذا توكيد لا يقنع ولا يشفي غليلا : فهو ليس تفسيرا ، بل حكم قيمة ، ادانة : صحيح ان الاشخاص الذين يشذون عن المألوف يمكن ان تصدر عنهم اغرب الافعال ، ونحن لا نماري في ان الافراد الذين تظهر عليهم أعراض من نوع اعراض العصاب الوسواسي لا بد ان تكون الطبيعة قد حبتهم بجبلّة مغايرة لجبلّة سائر الناس . لكننا نتساءل : هل هم اكثر «انحطاطا» من غيرهم من العصبيين ، كالمهسترين مثلا والمرضى المصابين بضروب الذهان Psychoses ؟ ان هذا الوصف مسرف بالبداهة في عموميته . بل ربما كان جائزا لنا ان نتساءل ان كان له ما يبرره ، متى ما علمنا ان هذه الاعراض يمكن ان تظهر لدى اشخاص ممتازين ، لهم مكانة اجتماعية رفيعة . وبوجه عام ، نحن لا نعرف الا النزر اليسير عن الحياة الحميمة لرجالنا العظام : ومرد ذلك الى تكتمهم كما الى حيدان كتاب سيَرهم عن جادة الصدق . لكن قد يحدث احيانا ان يبادر احد المهووسين بالحقيقة ، نظير اميل زولا ، الى تعرية حياته امام انظارنا (٤) ، وعندئذ نعلم ما اكثر العادات المتسلطة التي

٤ — إ. تولوز : **اميل زولا ، استقصاء طبي — نفسي** ، باريس ١٨٩٦ .

كانت تصليه بنارها .

لقد اوجد طب الامراض العقلية ، برسم هؤلاء المعصوبين المتفوقين ، صنف «المنحطين المتازين» . وما كان بوسعه ان يفعل خيرا من ذلك . لكن التحليل النفسي أبان لنا أن في قدرته ازالة هذه الاعراض المتسلطة الغريبة بصورة نهائية ، مثلما تزال امراض اخرى كثيرة ، وهذا لدى المنحطين وغير المنحطين من الناس على حد سواء . وقد افلحت انا نفسي في ذلك اكثر من مرة .

سأسوق لكم مثالين على تحليل عرض تسلطي . احد هذين المثالين أقبسه من معاينة مضى عليها حين من الزمن ، لانني لا اجد خيرا منه (٥) . وثانيهما احدث عهدا . وسأكتفي بهذين المثالين ، لان هذا النوع من الحالات يقتضي اسهابا في العرض ، من دون اغفال لاي تفصيل .

سيدة في الثلاثين من العمر كانت تعاني من ظاهرات وسواسية على جانب كبير من الخطورة ، وربما كنت وفقت الى تفريج كربها لولا حادث طارىء غادر حكم بالبطلان على كل ما بذلته من جهد (قد أحدثكم عنه يوما ما) . ومن جملة الافعال التسلطية التي كانت تكررها مرارا في اليوم الواحد فعل يسترعي الانتباه حقا . فقد كانت تهرع من غرفتها الى غرفة اخرى ملاصقة لها ، وتقف في موضع محدد امام المائدة التي تشغل وسط الغرفة ، وتنادي خادمتها ، وتصدر اليها امرا ما او تصرفها من حيث اتت بلا امر ، ثم تكر عائدة الى غرفتها على عجل . صحيح ان هذا العرض المرضي لم يكن خطيرا ، لكن كان من شأنه ان يثير الفضول . وقد

---

٥ – سرد فرويد هذا المثال الاول على العصاب الوسواسي لاول مرة سنة ١٩٠٧ في مقال بعنوان «الافعال التسلطية والشعائر الدينية» نشره في «مجلة علم النفس الديني» . والترجمة العربية لهذا المقال موجودة في «ابليس في التحليل النفسي» ، دار الطليعة ، شباط ١٩٨٠ ، ص ٤٨ – ٥٩ .

—م—

امكن الوصول الى تفسيره من طريق موثوق لا يحتمل الشك ، بدون ادنى تدخل من الطبيب . بل لست ارى كيف كان يمكن ، لولا ذلك ، ان أحدس بمعنى ذلك الفعل التسلطي او ان أستشف اية امكانية لتأويله . فكلما سألت المريضة : «لماذا تفعلين ذلك ؟ كانت تجيبني : «لا أدري» . ولكن بعد ما وفقت ذات يوم الى التغلب على وخز حاد للضمير لديها ، اهتدت من تلقاء نفسها الى التفسير على حين غرة وسردت لي تفاصيل الواقعة التي تتصل بهذا الفعل التسلطي . فقبل اكثر من عشر سنوات تزوجت من رجل يكبرها في السن كثيرا ، وفي ليلة الزفاف أصابته عنة . فامضى الليل وهو يجري من غرفته الى غرفة زوجته ليجدد المحاولة ، لكن في غير طائل . وفي صبيحة اليوم التالي قال لها مغيظا : «اني سأخجل من الخادمة التي ستقوم بترتيب السرير» . وعلى الاثر تناول قارورة من الحبر الاحمر ، اتفق وجودها في الغرفة ، وصب محتواها على ملاءة السرير ، ولكن ليس في المكان المحدد الذي يفترض ان توجد فيه بقع الدم . وفي بادىء الامر لم افهم ما الصلة بين هذه الذكرى وبين الفعل التسلطي لدى مريضتي ؛ فقد كان تكرار الانتقال من غرفة الى اخرى وظهور الخادمة هما الواقعتين اليتيمتين اللتين تمتان بصلة الى الموقف الاصلي . لكن المريضة اقتادتني الى الغرفة الثانية واوقفتني امام المائدة ، فرايت على غطائها بقعة حمراء كبيرة . وشرحت لي انها تقف امام المائدة في وضع لا يمكن معه ان يفوت الخادمة ، عندما تناديها ، ان ترى هذه البقعة . وعندئذ زال كل شك لدي بصدد الوشائج الوثيقة بين مشهد ليلة الزفاف وبين الفعل التسلطي الراهن . لكن هذه الحالة كانت تتضمن معطيات اخرى كثيرة (٦) .

---

٦ – انظر تفاصيل هذه المعطيات في **ابليس في التحليل النفسي** ، ص ٥٢ – ٥٤ .

—م—

من الواضح باديء ذيبدء انالمريضة تتماهى معزوجها، فتؤدي دوره مقلدة جريه من غرفة الى اخرى . لكن حتى يكون هذا التماهي كاملا ، يتعين ان نسلم بأنها تستبدل السرير وملاءته بالمائدة وغطائها . وقد يبدو ذلك اعتباطيا ، لكننا لم ندرس رمزية الاحلام عبثا . ففي الاحلام ايضا ينبغي تأويل المائدة التي يكثر ظهورها فيها على انها بديل عن السرير . وما الزواج الا اجتماع المائدة والسرير . فليس من العسير ان ينوب واحدهما مناب الآخر .

هكذا يكون قد قام الدليل على ان للفعل التسلطي معنى ؛ فهو يبدو تمثيلا، تكرارا للمشهد البليغ الدلالة الذي تقدم وصفه. لكن ليس ثمة ما يرغمنا على ان نقنع بهذا الظاهر ؛ فلو اخضعنا الصلات بين ذلك المشهد وبين الفعل التسلطي لتحليل معمق ، فلربما ظفرنا بمعلومات عن وقائع ابعد غورا ، وعن قصد الفعل التسلطي بالذات . فنواة هذا القصد تكمن، على ما هو بادٍ للعيان، في استدعاء الخادمة وتوجيه نظرها الى البقعة ، خلافا للعبارة التي فاه بها الزوج : «اني سأخجل من الخادمة» . اذن فهي اذ تؤدي دور الزوج وتمثله وكأنه لا يخجل من الخادمة ، على اعتبار ان البقعة موجودة في مكانها الصحيح . هكذا نرى ان المريضة لم تقنع بمحاكاة المشهد ، بل كملته وصححته ، وجعلته بادي النجاح. لكنها صححت ، بعملها هذا ، الحدث المؤلم الآخر في الليلة المشهودة ، اي الحدث الذي أوجب اللجوء الى الحبر الاحمر : عنة الزوج . اذن فمعنى الفعل التسلطي هو كالآتي : «كلا ، ليس ذلك صحيحا ؛ ما كان له ان يخجل ؛ فهو لم يكن ذا عنة» . وكما الحال في الاحلام صورت هذه الرغبة وكأنها تحققت في فعل راهن ، وامتثلت لأمنيتها في ان ترى زوجها وقد تغلب على فشله السابق .

تأييدا لما ذكرته لكم استطيع ، لو شئت ، ان اسوق لكم كل

ما أعلمه بعد عن تلك المراة . وبعبارة اخرى : ان كل ما نعرفه بعد بشأنها يفرض تأويلنا هذا لفعلها التسلطي ، الذي هو بحد ذاته مستغلق على الفهم . فهذه المراة تعيش منفصلة منذ أعوام عن زوجها ، وتقاوم نيتها في ان تطلب فسخا شرعيا للزواج . لكن ليس ثمة من مجال بالنسبة اليها لتنعتق من زوجها ؛ فهي تشعر بانها مكرهة على ان تقيم على وفائها له ، وتحيا معتكفة حتى لا تقع في التجربة ، ومن ثم فانها تجد العذر لزوجها وتعظم شأنه في خيالها . بل اكثر من ذلك ، فسر مرضها الدفين والابعد غورا يكمن في انه يتيح لها ان تحمي زوجها من أقاويل الناس ، ويبرر عدم معيشتهما تحت سقف واحد ، ويمكنها من ان تحيا حياة رغدة وهي منفصلة عنه . هكذا يقودنا تحليل فعل تسلطي غير ذي بال مباشرة الى النواة الخبيئة لحالة مرضية ويميط لنا اللثام في الوقت نفسه عن جزء لا يستهان به من سر العصاب الوسواسي . وقد أطلت الوقوف عن عمد عند هذا المثال لانه تتوفر فيه شروط ليس لنا ان نتوقع اجتماعها في سائر الحالات . وقد اهتدت المريضة هنا دفعة واحدة الى تأويل أعراضها ، بعيدا عن تدخل التحليل وتوجيهه ، وبالارتباط بحادث وقع لا في عهد بعيد من عهود الطفولة ، بل في طور كانت فيه المريضة قد ادركت أوج النضج ، ثم استقر في ذاكرتها لا يبرحها . وجميع الاعتراضات التي يوجهها النقد عادة الى تأويلاتنا للاعراض تتحطم على صخرة هذه الحالة وحدها . وغني عن البيان انه لا تتاح لنا على الدوام فرصة الوقوع على أشباه هذه الحالات .

كلمة اخرى قبل ان أنتقل الى الحالة التالية . ألم يسترع انتباهكم ان ذلك الفعل التسلطي البريء في الظاهر قد زج بنا في صميم حياة المريضة ؟ وهل من شيء اكثر صميمية في حياة المراة من قصة ليلة زفافها ؟ وهل هو مجرد اتفاق عادم الاهمية ان يكون تحليلنا قد زج بنا في صميم حياة المريضة الجنسية ؟ من الممكن ، بطبيعة الحال ، ان اكون قد وفقت توفيقا كبيرا في اختياري . لكن

لنحاذر المسارعة الى القطع براي ، ولننتقل الى مثالنا الثاني ، وهو من نوع مغاير تماما ، وعينة من طراز كثير الشيوع : الطقس المصاحب لفعل الرقود .

فتاة جميلة في التاسعة عشرة من العمر ، موهوبة كثيرا ، ووحيدة لوالديها ومتفوقة عليهما بتعليمها وحدة ذكائها . كانت في طفولتها فظة الطباع ومتكبرة ، واضحت في السنوات الاخيرة، ودونما سبب ظاهر ، عصبية الى حد مرضي . وصارت تبدي اشد سخطها واغتياظها ازاء امها ؛ ثم انها دائمة التبرم ، منهبطة ، ميالة الى التردد والشك ، وانتهى بها الامر الى الاقرار بأنها ما عادت تجرؤ على اجتياز الساحات والشوارع الفسيحة بمفردها .

وحالتها هذه حالة مرضية معقدة تحتمل تشخيصين اثنين على الاقل : رهاب الاماكن المفتوحة **Agoraphobie** والعصاب الوسواسي . ولن نتوقف طويلا عند هذه النقطة : فالشيء الوحيد الذي يعنينا في حالة هذه المريضة الطقس الذي تؤديه ساعة تهم بالنوم والذي هو مصدر حزن وكرب لوالديها . من الممكن القول ، بمعنى من المعاني ، ان كل شخص سوي له طقسه الخاص للنوم او انه يحرص على اداء بعض الافعال التي لا يستطيع نوما اذا لم ينفذها ؛ اذن فهو يحيط الانتقال من حالة اليقظة الى حالة النوم ببعض الاشكال التي يكررها حرفيا كل ليلة . غير ان كل الشروط التي يحيط بها الانسان السوي النوم شروط عقلانية ، وقابلة للفهم على هذا الاساس ؛ واذا ما فرضت عليه الظروف الخارجية تغييرا ما ، تكيف معه بيسر وسهولة ومن دون تضييع للوقت . لكن الطقس المرضي المنشأ تعوزه المرونة ، وهو يفرض نفسه فرضا لقاء تضحيات باهظة ، ويحتمي خلف اسباب معقولة في الظاهر، ولا يبدو عند الفحص السطحي انه يتميز عن الطقس السوي الا بالدقة المسرفة في ادائه . لكن اذا تعمقنا في الفحص لاحظنا ان الطقس المرضي ينطوي على شروط لا يبررها اي سبب ، وعلى

شروط اخرى مجانبة للعقل بكل جلاء وسفور . وتبرر مريضتنا الاحتياطات التي تتخذها ليلا بأنها تحتاج الى الهدوء كيما يمكنها النوم ؛ ومن ثم فلا بد ان تستبعد كل ما من شأنه ان تصدر عنه ضوضاء . وتحقيقا لهذه الغاية تتخذ كل ليلة ، قبيل الرقاد ، الاحتياطين التاليين : توقف اولا ساعة الحائط الموجودة في غرفتها عن العمل وتخرج جميع الساعات الاخرى حتى من دون ان تستثني ساعة يدها الصغيرة الموضوعة في حق من الجلد ، وتجمع ثانيا على مكتبها جميع اصص الزهر والاوعية وترتبها بعناية حتى لا يقع اي منها ليلا فيوقظها من نومها . وهي تعلم حق العلم ان الحاجة الى الرقاد لا تبرر هذه التدابير الا ظاهريا ؛ وتدرك ان ساعة اليد الصغيرة الموجودة في حقها لا يمكن ان تعكر صفو نومها بتكتكتها ، كما نعرف جميعا بالتجربة ان التكتكة الرتيبة والمنتظمة لساعة الحائط لا تقلق النوم ، بل على العكس تيسره . وهي تسلّم ، علاوة على ذلك ، ان الخوف على اصص الزهر والاوعية ليس له ما يبرره في الواقع . اما شروط الطقس الاخرى فلا تمت بصلة الى الحاجة الى الرقاد . بل على النقيض من ذلك : فالمريضة تتطلب مثلا ان يبقى الباب الذي يفصل غرفتها عن غرفة والديها منفرجا ، وتوصلا الى ذلك تثبّت الباب المفتوح بأشياء شتى ، وهو احتياط من شأنه ان يصدر ضوضاء ، ولولاه لما كان ثمة من احتمال في حدوث هذه الضوضاء . لكن اهم الاحتياطات هي تلك التي تتعلق بالسرير ذاته . فالوسادة الموجودة في راس السرير لا يجوز ان تلتصق بعارضته الخشبية . ومخدة الرأس الصغيرة يجب ان توضع فوق الوسادة الكبيرة على صورة معينة ، والمريضة تضع رأسها في اتجاه المنصّف الطولاني لهذا المعين . اما اللحاف المحشو بالريش فلا بد ان ينفض مسبقا بحيث يغدو طرفه السفلي اسمك من طرفه العلوي . غير انها لا تكاد تنتهي من فعل ذلك حتى تفعل عكسه وتسوي اللحاف بحيث لا يعود فيه طرف أسمك

... مار ...

... من التفاصيل الاخرى في هذا الفعل الطقسي ، فهي في اغلبها ذات دقة مسرفة ولا تضيف الى علمنا شيئا جديدا ، هذا ان لم تباعد الشقة بيننا وبين الهدف الذي نضعــــه نصب امامنا. لكن اودكم ان تعلموا ان ذلك كله لا يتم بالسهولة والبساطة التي قد تتصورون . فمريضتنا تتخوف على الدوام من الا تفعل كل شيء بعناية كافية : فكل فعل ينبغي ان يُضبط ضبطا محكما وان يكرر، وكل تدبير احتياطي يبقى اسير الشــــك والارتياب ، وجميع هذه الافعال تستغرق ساعة او ساعتين لا يتأتى فيهمـــا النوم لا للفتاة ولا لوالديها المرتاعين .

ان تحليل جميع ضروب الازعاج والتنغيص هذه لم يكن سهلا سهولة تحليل الفعل التسلطي لدى مريضتنا السابقة . فقـــد وجدتني مكرها على ان آخذ بيد الفتاة وان أقترح عليها مشاريع للتأويل كانت ترفضها كلها بنفي قاطع او لا تستقبلها الا بشـــك وازدراء . غير ان رد الفعل الرفضي الاول هذا أعقبه طور اهتمت فيه الفتاة نفسها للاحتمالات التي اقترحتها عليها ، فراحت تسعى الى استحضار ما يمكن استحضاره من خواطر ومتداعيات بصدد هذه الاحتمالات ، وتسترجع ذكريات ، وتعيد بناء وقائع واحداث، وفي نهاية الامر قبلت بجميع تآويلنا ، ولكن بعد ان اعادت صياغتها بنفسها . وطردا مع تقدم هذا العمل ، كان اسرافها في التدقيق في تنفيذ أفعالها التسلطية يخف رويدا رويدا ؛ وتخلت عـــن جميع طقوسها حتى قبل انتهاء المعالجة . وينبغي ان تعلموا ايضا ان العمل التحليلي ، كما نزاوله اليوم ، لا يتوقف عند كل عرَض على حدة الى ان ينجلي تمام الانجلاء . بل نضطر في كل لحظة وآن الى ان نفض الطرف مؤقتا عن موضوع او آخر ، لثقتنا بأننـــا سنلتقيه ثانية عند تطرقنا لموضوعات اخرى . وعلى هذا ، فتأويل الأعراض الذي سأقدمه اليكم اليوم هو تركيب لجملة من النتائج التي اقتضانا جمعها اسابيع وشهورا بالنظر الى انـــه كان يتعين

علينا ان نقوم اثناء ذلك بأعمال اخرى .

لقد اخذت مريضتنا تفهم رويدا رويدا انها ان كانت لا تطيق وجود ساعة الحائط في غرفتها ليلا ، فذلك من حيث هي رمز تناسلي مؤنث . فساعة الحائط ، التي نعرف لها تأويلات رمزية اخرى ايضا ، تؤديُ دور الرمز التناسلي المؤنث بالنظر الى انتظامية عملها وتوقيته الدوري على فترات متساوية . وكثيرا ما قد تتباهى المراة بالقول ان طمثها منتظم كالساعة . لكن ما كانت تخشـــاه مريضتنا في المقام الاول هو ان تعكر عليها تكتكة الساعة نومهـا . فهذه التكتكة يمكن ان تعد تمثيلا رمزيا لنبض البظر اثناء التهيج الجنسي . وبالفعل ، كثيرا ما كان ايقظها هذا الاحساس الممض ؛ والخوف من انتعاظ البظر هو الذي جعلها تستبعد من جوارها في الليل جميع الساعات التي تعمل ، علاوة على ايقاف ساعة الحائط. واصص الزهر والاوعية ، مثلها مثل سائر الآنية ، رموز مؤنثة هي الاخرى . وعلى هذا فان الخوف من احتمال سقوطها ليلا وتحطمها ليس مجردا من كل معنى . وانتم تعرفون تلك العادة الشائعة : عادة كسر وعاء او صحن عند عقد الخطوبة ، واستحواذ كل رجل من الحضور على شظية منه ؛ وهذا ما يتعين علينـــا تفسيره ، بالرجوع الى مرحلة الزواج ما قبل الاحادي ، على انه عزوف عن الحقوق التي يمكن ان تكون لكل رجل او التي يتصور انها له على المخطوبة . وكانت الفتاة تربط هذا الجزء من فعلها الطقسي بذكرى محددة وبعدد من الخواطر . فقد وقعت في طفولتها ، وهـــي تمسك بيدها وعاء من زجاج او من خزف ، فجرح اصبعها ونزف منه دم كثير . فلما شبت عن الطوق واحاطت علما بحقائـــق العلاقات الجنسية ، استبد بها خوف وقلق من الا تنزف ليلـــة زفافها ، فيتولد شك في ذهن زوجها في عذريتها وبكارتها . اذن فاحتياطها لكسر الاوعية ضرب من الاحتجاج على كل العقدة المتصلة بالبكارة وعلى النزيف الذي لا بد ان يعقب المعاشرة الجنسيــــة

الاولى ؛ احتجاج على خوفها من ان تنزف كما على خوفها ــ على العكس ــ من الا تنزف . اما احتياطاتها من الضوضاء فليس لها او لا يكاد يكون لها من صلة بهذه التدابير ، وان عزتها اليها اصلا.

لقد كشفت عن المعنى المركزي لطقسها يوم فهمت على حين بغتة ما السبب الذي يحملها على ألا تريد ان تتصل الوسادة بعارضة السرير الخشبية ، اذ قالت : ان الوسادة هي على الدوام امراة ، بينما عارضة السرير القائمة رجل . وعلى هذا فهي تريد، بعمل من اعمال السحر ان جاز القول ، ان تفصل بين الرجل والمراة ، اي ان تمنع والديها من الاتصال الجنسي . وكانت قد سعت ، قبل ان يستحوذ عليها طقسها بزمن طويل ، الى بلوغ الهدف نفسه بطريقة مباشرة اكثر . فقد كانت تتظاهر بالخوف او تتذرع بخوف فعلي كيما ترغم والديها على ان يتركا الباب الذي يفصل غرفة نومهما عن غرفتها مفتوحا اثناء الليل . وقد حافظت على هذا الاجراء في طقسها الراهن . وبذا اتاحت لنفسها الفرصة لمراقبة والديها ؛ ومن شدة توقها الى الاستفادة من هذه الفرصة جلبت على نفسها أرقا دام عدة اشهر . وما كفاها ان تزعج والديها على هذا النحو ، بل كانت تدس نفسها بين الحين والآخر في سريرهما، بين الأم والاب . وعندئذ كانت «الوسادة» و«عارضة السرير» تنفصلان فعلا . ولما شبت اخيرا عن الطوق ، وبات متعذرا عليها ان تنام مع والديها من دون ان تضايقهما وتضايق نفسها ، صارت تتفنن في اصطناع الخوف لتجبر أمها على ان تخلي لها مكانها بجوار الاب وتأتي لتنام في سرير ابنتها . وهذا الموقف كان بكل تأكيد منطلقا لبعض التدابير المتخيلة التي نلمس اثرها في طقسها .

فان تكن الوسادة رمزا مؤنثا ، فان فعل نفض اللحاف الى ان يتكدس كل الريش في قسمه السفلي ويحدث فيه انتفاخا ، له بدوره معنى : فهو يشير الى إحبال المراة ؛ غير ان مريضتنا كانت لا تلبث ان تبطل هذا الحبَل ، لانها عاشت سنوات عديدة في خوف

من ان يتمخض الاتصال بين والديها عن طفل جديد يكون منافسا لها ومزاحما . وبالمقابل ، ان تكن الوسادة الكبيرة كرمز مؤنث تمثل الأم ، فان مخدة الراس الصغيرة لا يمكن ان تمثل الا الابنة . فلمَ كان يتوجب ان توضع المخدة على الوسادة بحيث ترسم عليها معيَّنا ، ولمَ كان يتعين ان تضع مريضتنا رأسها باتجاه القطر المنصِّف لهذا المعين ؟ لان المعين يمثل شكل الجهاز التناسلي عند المراة حين يكون منفرجا . اذن فهي التي تقوم بأداء دور الذكر ، مستبدلة الجهاز التناسلي المذكر برأسها (ملاحظة : «قطع الراس كتمثيل رمزي للخصاء») .

قد تقولون لي : ما أبأسها من افكار تلك التي بزغت في رأس هذه الفتاة العذراء ! انا أوافقكم على ذلك ، لكن لا تنسوا انني لم اخترع هذه الافكار من عندي ، بل اكتفيت بتأويلها . والطقس الذي وصفته لكم مغرِب هو الآخر ، وثمة تطابق لا اظنه خفي عليكم بين هذا الطقس وبين الافكار الخيالية التي كشف لنا التأويل النقاب عنها . لكن الاهم من ذلك كله ان تفهموا ان الطقس المشار اليه قد استوحته الفتاة لا من فكرة خيالية واحدة يتيمة ، وانما من عدد كبير من هذه الافكار التي تتلاقى جميعها في نقطة تقع في مكان ما . وأرجح الظن انكم انتبهتم ايضا الى ان تفاصيل هذا الطقس تترجم الرغبات الجنسية تارة باتجاه ايجابي في صورة بدائل ، وطورا باتجاه سلبي في صورة وسائل دفاعية .

كان من الممكن لتحليل هذا الطقس ان يمدنا بنتائج اخرى لو اخذنا بعين الاعتبار بدقة سائر الاعراض التي تتظاهر لدى المريضة . لكن ذلك يتجاوز الهدف الذي رسمناه لانفسنا هنا . حسبكم اذن ان تعلموا ان تلك الفتاة كانت تشعر نحو ابيها بانجذاب ايروسي ترجع بداياته الى طفولتها ، وربما كان علينا ان نرى في هذه الواقعة علة موقفها الذي لا يتميز بود كثير من أمها. وهكذا يكون تحليل هذا العرض قد زجنا ايضا في حياة المريضة

الجنسية ، وهو شيء سيتضاءل استغرابنا له كلما تسنى لنا ان نزداد معرفة بمعنى الاعراض العصابية وقصدها .

لقد بينت لكم من خلال مثالين مختارين ان الاعراض العصابية ، مثلها مثل الهفوات والاحلام ، ذات معنى وانها وثيقة الارتباط بحياة المرضى الحميمة . ومن المحقق اني لا استطيع ان أطلب اليكم تبني أطروحتي هذه بناء على ذينك المثالين وحدهما . لكنكم لا تستطيعون ، من جانبكم ، ان تطلبوا الي ان أسوق اليكم عددا لامحدودا من الامثلة الى ان يكتمل اقتناعكم . فنظرا الى اضطراري بالفعل الى عرض كل حالة بكامل تفاصيلها ، فسأجدني محتاجا الى خمس ساعات اسبوعيا على مدار السنة الدراسية لكي اجلو لكم هذه النقطة وحدها من نظرية الاعصبة . اذن فحسبي هذين المثالين اثباتا لاطروحتي ، واحيلكم اذا طلبتم المزيد الى الكتابات التي نشرت حول هذا الموضوع ، واخص بالذكر تأويل ج. بروير الكلاسيكية للأعراض (الهستيريا) ، والتفاسير الاخاذة للاعراض الشديدة الابهام الملحوظة في الخبل المبكر ، وهي تفاسير نشرها ك.غ. يونغ يوم كان هذا المؤلف مجرد محلل نفسي ، لا يتطلع الى أداء دور نبي (٧) . وأحيلكم ، علاوة على ذلك ، الى سائر المقالات التي حفلت بها مذّاك مجلاتنا ودورياتنا . والحق ان هذا النوع من الابحاث لا يشكو من القلة . فتحليل الاعراض العصابية وتأويلها وترجمتها استأثر باهتمام المحللين النفسيين ،

٧ – المرارة التي يهاجم فرويد بها كارل غوستاف يونغ (١٨٧٥ – ١٩٦١) تتناسب طردا مع عمق الصداقة التي كانت تجمع بينهما في اول الامر والتي رشحت يونغ لان يكون خليفة فرويد . لكن ابتداء من عام ١٩١٢ تكرست القطيعة بينهما ، واعاد يونغ ، في ما اعاد مراجعته ، النظر في مفهوم الليبيدو (الطاقة الحيوية عنده بدلا من الطاقة الجنسية) وفي مفهوم اللاشعور (اللاشعور الجمعي في مقابل اللاشعور المتحدد بالطفولة) . —م—

حتى اهملوا سائر المشكلات الاخرى المتصلة بالاعصبة .

ومن شاء منكم ان يجشم نفسه عناء الرجوع الى هذه المراجع، سيذهل ولا بد لوفرة المواد التي جمعت عن هذه المسألة ولمتانتها. لكنه سيصطدم ايضا بإشكال . فنحن نعلم ان معنى العرض يكمن في صلاته بحياة المرضى الحميمة . فكلما مال العرض الى ان يكون متفردا ، تعين علينا ان نجدّ اكثر في تحديد تلك الصلات . والمهمة التي تقع على عاتقنا ، حين تواجهنا فكرة بلا معنى وفعلة بلا هدف ، ان نهتدي الى الموقف الماضي حيث كان لهذه الفكرة ما يبررها وحيث كانت تلك الفعلة تخدم هدفا . ان الفعل الوسواسي لمريضتنا ، حين تثب الى المائدة وتنادي خادمتها ، نموذج مباشر لهذا النوع من الاعراض . لكن غالبا ما نلحظ ايضا اعراضا ذات طابع مغاير تماما . ويتعين علينا ان ننعتها بأنها اعراض «نمطية» للمرض ، لانها تكاد تكون واحدة في الحالات طرا ، اذ تختفي الفروق الفردية او تنمحي حتى ليغدو من الصعوبة بمكان ربط هذه الاعراض بحياة المرضى الحميمة او الاهتداء الى ما بينها وبين بعض المواقف المعاشة من صلات . وطقس مريضتنا الثانية ينطوي على كثير من تلك السمات النمطية ، لكنه يشتمل ايضا على قدر لا يستهان به من السمات الفردية التي تفسح في المجال امام تأويل **تاريخي** ان جاز القول لهذه الحالة . على ان جميع المرضى بالعصاب الوسواسي يميلون الى تكرار افعال بعينها ، والى توقيتها بحيث يكون لها ايقاع معلوم ، والى عزلها بعضها عن بعض . فالكثيرون منهم مصابون بهوس الاغتسال . اما المرضى المصابون برهاب الاماكن المكشوفة Agoraphobie (او الطوبوفوبيا Topophobie ، اي خوف المكان) ، وهو مرض يتجاوز نطاق العصاب الوسواسي ونطلق عليه اسم الهستيريا الحصرية ، فيكررون برتابة تكاد ان تكون متعبة سمات بعينها بحسب تصنيف امراضهم : خوف الاماكن المنحصرة ، خوف الميادين الفسيحة المكشوفة ، خوف الشوارع والطرق المترامية

على مد النظر . ويتراءى لهم ان الحماية تكون متوفرة لهم متى ما صاحبهم شخص من معارفهم او سمعوا عربة تسير خلفهم . لكن كل مريض منهم ينفرد ، من خلال هذه اللوحة المشتركة المتماثلة، بسمات خاصة به ، او بنزوات ان صح التعبير تتباين من حالة الى اخرى أشد التباين . ففلان يتوجس من الشوارع الضيقة ، وعلان من الشوارع العريضة . واحدهما لا يستطيع ان يسير في الشارع الا اذا كان شبه خاو من السابلة ، وثانيهما لا يطمئن له بال الا اذا كان الشارع يعج بالمارة . والامر بالمثل في الهستيريا : فعلى الرغم مما تحفل به من سمات فردية ، فانها تزخر ايضا بخصائص عامة ونمطية كثيرة تجعل من الصعوبة بمكان ، فيما يبدو ، الاسترجاع التاريخي للاحداث . لكن لا يغرب عن بالنا ان هذه الاعراض النمطية هي ما نسترشد به في تشخيصنا . فان وفقنا فعلا في حالة بعينها من حالات الهستيريا الى رد عرض نمطي الى حادث شخصي او الى سلسلة من احداث وخبرات شخصية مماثلة ، كأن نرد مثلا القيء الهستيري الى سلسلة من انطباعات مثيرة للاشمئزاز ، فان الامر يسقط في أيدينا بالمقابل ويرتج علينا حين يكشف لنا التحليل في حالة اخرى من حالات القيء عن دور مفترض لسلسلة اخرى من الاحداث والخبرات الشخصية مغايرة تماما في طبيعتها . وعندئذ نجدنا ميالين الى التسليم بأن ظاهرات التقيؤ لدى المهسترين ترجع الى علل نجهلها ، على اعتبار ان المعطيات التاريخية التي يكشف عنها التحليل لا تعدو ان تكون محض ذرائع وتعلاّت تستغلها ، متى ما سنحت الفرصة ، ضرورة نفسية باطنة .

هكذا ننتهي الى نتيجة مثبّطة ، هي انه اذا أتيح لنا ان نظفر بتفسير مقنع لمعنى الاعراض العصابية الفردية على ضوء الوقائع والاحداث التي عاشها المريض ، فان فننا لا يسعفنا بالمقابل في الاهتداء الى معنى الاعراض النمطية الاكثر تواترا وشيوعا بكثير. ثم اني لم أطلعكم على كل الصعوبات التي نصطدم بها ان اردنا

مواصلة التأويل التاريخي للاعراض الى نهايته . وسأمتنع عن تعداد هذه الصعوبات ، لا رغبة مني في تجميل الاشياء او في اخفاء ما هو غير مستحب منها عنكم ، وانما لاني لا اريد تثبيط هممكم او ايقاعكم في بلبلة وتشويش من بدء دراستنا المشتركة هذه . صحيح اننا لم نخط بعد الا الخطوات الاولى في طريق تفهم ما تعنيه الاعراض ، لكن علينا ان نقنع مؤقتا بما ظفرنا به من نتائج ، فلا نتقدم إلا على مهل في اتجاه المجهول . اذن سأحاول ان اسرّي عنكم بإنبائكم انه من العسير التسليم بوجود فارق اساسي بين هذين النوعين من الاعراض . فان تكن الاعراض الفردية مرتهنة بلا جدال بالاحداث التي عاشها المريض ، فمن المباح لنا الافتراض ان الاعراض النمطية قابلة لان ترد الى احداث نمطية هي الاخرى، اي مشتركة بين الناس كافة . كما ان السمات الاخرى التي نلحظ باطراد في الاعصبة يمكن ان تكون استجابات عامة تفرضها على المريض طبيعة التشويهات المرضية بالذات ، كالتكرار والشك على سبيل المثال في العصاب الوسواسي . زبدة القول ، ليس ثمة من داع للاستسلام للقنوط قبل ان نعرف النتائج التي يمكن ان نظفر بها لاحقا .

لقد واجهنا في نظرية الاحلام إشكال مماثل ، وان لم يتسن لي ان اتكلم عنه في احاديثنا السابقة عن الاحلام . فمضمون الاحلام الظاهر ينطوي على تنوعات وفروق فردية كبيرة ، وقد اسهبنا في بيان ما يمكن ان نستخلصه بواسطة التحليل من هذا المضمون . لكن الى جانب هذه الاحلام توجد احلام اخرى بوسعنا ان نصفها بدورها بأنها «نمطية» ، وهي تحدث على نحو متماثل لدى الناس قاطبة . انها احلام ذات مضمون احادي الشكل ، والصعوبات التي تنصبها في وجه التأويل واحدة : احلام يرى فيها النائم انه يسقط او يطير او يحلق او يسبح ، واحلام يشعر فيها بأن ثمة ما يكبله ويعوقه او يرى فيها نفسه عاريا ، وغير ذلك

من احلام حصرية تحتمل تأويلات مختلفة باختلاف الاشخاص ، من دون ان نهتدي في الوقت نفسه الى سر رتابتها ونمطيــــة حدوثها . لكننا نلحظ ان الماهية المشتركة في هذه الاحلام ، كما في الاعصبة النمطية ، تزخر بتفاصيل فردية ومتغيرة ؛ ومن المرجح اننا لو توسعنا في تصورنا لأفلحنا في ادراجها ، دون قسر او غصب ، في الاطار الذي ظفرنا به غب دراستنا الاحلام الاخرى.

المحاضرة الثامنة عشرة

التثبيت على الرضات . اللاشعور

قلت لكم في ما تقدم اني اريد الانطلاق ، كيما نوالي بحثنا ، لا من شكوكنا ، بل من معطياتنا المكتسبة . والتحليلان اللذان سقتهما لكم في المحاضرة السابقة ينطويان على نتيجتين بالغتي الاهمية لم أحدثكما عنهما بعد .

اولا : تترك كلتا المريضتين لدينا انطباعا بأنهما **مثبتتان** ، ان جاز القول ، الى شطر محدد من ماضيهما ، لا تستطيعان منه فكاكا ، وانهما غريبتان بالتالي عن الحاضر والمستقبل . انهما معتصمتان بمرضهما مثلما كان الناس يلوذون بالاديرة هربا من مصير تعس . فلدى مريضتنا الاولى كان الزواج الذي لم يتم علة كل شقائها . وأعراضها تتحول الى ساحة لمحاكمة زوجها ، وفيها نسمع الاصوات التي تنتصر له وتنافح عنه وترفعه من كبوته

وتتحسر على فقده . وبالرغم من انها لا تزال شابة ومشتهاة ، فهي تلجأ الى كل الاحتياطات الواقعية والخيالية (السحرية) لتحفظ عهده وتبقى على وفائها له . فهي لا تظهر للغرباء ، وتهمل مظهرها ، وتجد عناء في النهوض عن المقعد الذي تجلس عليه ، وتتردد في توقيع شيء باسمها ، وتعجز عن تقديم هدية لاحد ، بحجة انه لا يجوز لاحد ان يحصل على شيء منها .

اما مريضتنا الثانية فان التعلق الايروسي بأبيها ، وقد افصح عن نفسه في سنيّ بلوغها ، هو ما كان له حاسم الاثر في حياتها اللاحقة . وقد استخلصت من حالتها نتيجة مؤداها انها لن تستطيع ان تتزوج ما دامت مريضة . لكن لدينا من الاسباب ما يحملنا على الاشتباه بأنها لم تمرض الا لكيلا تتزوج فتبقى بجوار ابيها .

ولا يجوز ان نهمل سؤالا محددا ، وهو ان نعرف كيف وبأي وسائل ولأي دوافع يمكن للانسان ان يقف مثل هذا الموقف الغريب والخاسر من الحياة ، وهذا على فرض ان هذا الموقف صفة عامة للعصاب ، وليس صفة خاصة بمريضتينا . والحال اننا نعلم ان هذا الموقف سمة مشتركة بين جميع الاعصبة ، وله اهمية عملية كبيرة . ولقد كانت مريضة بروير المهسترة الاولى **مثبتة** هي الاخرى الى العهد الذي فقدت فيه اباها بعد مرض خطير . وبالرغم من شفائها اصابها منذئذ عزوف عن الحياة الى حد ما ؛ فمع انها استردت عافيتها والقدرة على القيام بجميع وظائفها بصورة طبيعية ، اعرضت عن المصير الطبيعي لكل امراة. ونستطيع ان نلاحظ ، عندما نحلل كل واحد من مرضانا ، ان اعراضه المرضية والعواقب التي تنجم عنها ترده الى طور محدد من ماضيه . وفي غالبية الحالات يختار المريض لهذا الغرض مرحلة مبكرة جدا من حياته ، وبالتحديد طفولته الاولى ، بل حتى المرحلة التي كان فيها رضيعا ، مهما بدا لكم ذلك باعثا على

الاستغراب .

ان الاعصبة الرضية **Traumatiques** التي تواتر ظهورها في اثناء الحرب تشبه ، من هذه الناحية ، الاعصبة التي نتحدث عنها شبها كبيرا . وقبل الحرب كنا نلتقي بطبيعة الحال بحالات من هذا النوع في اثر كوارث السكك الحديدية وغيرها من الفواجع المريعة . لكن الاعصبة الرضية لا يمكن في الواقع ان تماثل تمام المماثلة الاعصبة التلقائية التي نخضعها عادة للفحص وللعلاج التحليلي ؛ ولم يتسنّ لنا بعد ان نصنفها وفق معاييرنا ، وآمل ان أتمكن من تعليل ذلك لكم ذات يوم . غير ان التشابه بين هذين النوعين من الاعصبة كامل تام بصدد نقطة واحدة : فالاعصبة الرضية ، مثلها مثل الاعصبة التلقائية ، تتثبت على اللحظة التي وقع فيها الحادث الرضي . ويسترجع المرضى في احلامهم باطراد الموقف الرضي ؛ كما نلاحظ في الحالات التي تصحبها نوبات ذات شكل هستيري وقابلة للتحليل ان كل نوبة تعادل استعادة كاملة لذلك الموقف . فلكأن المرضى ما زالوا يواجهون الموقف الرضي ، ولكأن هذا الموقف يطرح نفسه عليهم كمشكلة راهنة ، ملحة . ونحن ننظر بعين الجد الى تصورهم هذا : فهو يدلنا الى الطريق الى تصور **اقتصادي** ، ان جاز القول، للسيرورات النفسية . ثم ان لفظ الرضة نفسه ليس له من معنى غير المعنى الاقتصادي . فنحن نطلق هذا الاسم على حدث معاش يتسبب ، في هنيهة من الزمن ، في إحداث تنبيه فائق الشدة في الحياة النفسية بحيث يغدو من المستحيل الفاؤه او امتصاصه بالطرق السوية ، مما يترتب عليه خلل دائم في استخدام الطاقة النفسية .

ان هذا التشابه يميل بنا الى اطلاق الصفة الرضية على الاحداث والخبرات المعاشة التي يبدو مرضانا العصبيون مثبتين عليها. وهكذا نظفر بشرط في منتهى البساطة للاصابة العصابية : فالعصاب يمكن ان يُشبَّه باصابة رضية ، ويمكن ان يُفسر على

هذا الاساس بعجز المريض عن الاستجابة بكيفية سوية لحدث نفسي ذي طابع وجداني جارف . وهذا شبيه بما قلناه بالفعل في اول صيغة لخصنا فيها بروير وانا في ١٨٩٣ ــ ١٨٩٥ نتائج ملاحظاتنا الجديدة . وان حالة كحالة مريضتنا الاولى ، اي المرأة الصبية المنفصلة عن زوجها ، تتمشى تماما مع هذه النظرة . فالجرح المعنوي الذي اصابها من جراء عدم اتمام زواجها لم يلتئم قط ، فبقيت مغلولة الى هذه الرضة . لكن حالتنا الثانية ، حالة الفتاة المتعلقة ايروسياً بأبيها ، تدل ان صيغتنا ليست على درجة كافية من الاستيعاب . فحب بنت صغيرة لابيها حدث شائع جدا وشعور يسهل جدا الظهور عليه ، بحيث ان اطلاق صفة «الرضية» على هذه الحالة قد يبدو عادم المعنى . هذا من جهة ، اما من الجهة الاخرى فانه يتضح لنا من تاريخ المريضة ان ذلك التثبيت الايروسي الاول كان في اول الامر ذا طابع بريء لا ضير منه ، ولم يفصح عن نفسه في أعراض العصاب الوسواسي الا في زمن متأخر جدا . اذن فنحن نتوقع ان تواجهنا هنا تعقيدات ، اذ ان شروط الحالة المرضية اكثر تعدادا وتنوعا مما كنا نفترض ؛ لكن يقيننا يبقى راسخا بأن وجهة النظر الرضية لا يجوز ان تترك وتهمل على انها مغلوطة : وكل ما هنالك انها قد تشغل مكانا آخر وتخضع لشروط اخرى .

اذن فسننتكب من جديد عن الطريق الذي كنا نسلكه . فهو اولا لا يمضي بنا الى ابعد مما وصلنا اليه ، وعلينا ثانيا ان نلم بأشياء اخرى كثيرة قبل ان نتمكن من مواصلة سيرنا فيه الى نهايته الصحيحة . وقبل ان نترك موضوع التثبيت عند مرحلة محددة من الماضي ، لنلاحظ ايضا ان هذه الواقعة تتخطى حدود العصاب . فصحيح ان كل عصاب يشتمل على تثبيت من هذا النوع ، لكن لا يفضي كل تثبيت بالضرورة الى العصاب، ولا يلتبس بالعصاب ، ولا يشق طريقه خلسة في مجرى العصاب . ويقدم

لنا الحزن مثالا اخاذا على تثبيت وجداني على الماضي ، بل كذلك على فصل تام بين الماضي والحاضر . لكن الحزن يتميز ، حتى في نظر عامة الناس ، تميزا جليا عن العصاب . وبالمقابل ، هناك اعصبة يمكن اعتبارها شكلا مرضيا من أشكال الحزن .

قد يتفق ايضا ان يصيب الناس ، من جراء حادث رضي يزعزع اس حياتهم بالذات ، هبوط شديد ، فيعزفوا عن كل اهتمام بالحاضر والمسُتقبل وتتثبت كل ملكات كيانهم النفسي على الماضي . لكن هؤلاء المنكودين لا يتحولون بالضرورة الى عصابيين . لذا لن نغلو في قيمة هذه السمة في معرض توصيفنا للعصاب ، مهما تكن اهميتها ومهما يطرد تظاهر العصاب بها .

ننتقل الان الى النتيجة الثانية لتحاليلنا ، وهي نتيجة لا نجد داعيا لتحيطها ، كما فعلنا مع الاولى ، بأي تقييد لاحق . لقد قلنا عن مريضتنا الاولى ان فعلها الوسواسي كان مجردا في الظاهر من المعنى ؛ ثم لما رأينا ما الذكريات الحميمة التي استرجعتها من حياتها بصدده وفحصنا الصلات التي قد تكون قائمة بين هذا الفعل وهذه الذكريات ، اكتشفنا من طبيعة هذه الاخيرة غرض الفعل الوسواسي وقصده . غير اننا اغفلنا آنذاك اغفالا تاما نقطة تفصيلية تستأهل منا ان نعيرها أوفى الانتباه . فلقد كانت المريضة تجهل ، وهي تنجز فعلها الوسواسي ، أن مرجعها فيه هو ذلك الحادث الذي كان قد وقع لها . وكان الرابط بين هذا الفعل وذلك الحادث لا يقع في متناول ادراكها ؛ وكانت تنطق بالحق حين تجزم انها تجهل الدوافع التي تحضها على فعل ما تفعله . لكن ها هوذا الرابط ينكشف لها على حين غرة تحت تأثير المعالجة ، فتقتدر على اطلاعنا عليه . غير انها ظلت تجهل القصد الذي من اجله كانت تؤدي فعلها الوسواسي : فقد كانت غايتها ان تصحح حادثة ماضية مؤلمة وأن ترفع زوجها الذي تحبه الى مستوى اعلى . ولم تتمكن الا بعد جهد شاق وطويل من ان تفهم وتسلم بأن ذلك الدافع قد يكون هو فعلا السبب الموجب

الاوحد لفعلها الوسواسي .

ان ما أسميناه ب «معنى» الفعل الوسواسي قد استنبطناه من صلته بالمشهد الذي أعقب ليلة الزفاف البئسة ومن الدوافع التي استلهمتها المريضة من حبها لزوجها . لكن هذا المعنى كان خافيا على المريضة وهي تؤدي فعلها ، فلا تفقه لا اصل هذا الاخير ولا هدفه . اذن فثمة سيرورات نفسية كانت تعتمل فيها ، ولم يكن الفعل الوسواسي الا من نتاج هذه السيرورات . ولقد كانت تفطن الى هذا النتاج في مظهره العادي ، لكن شروطه النفسية كانت غائبة كلها عن معرفتها الواعية . وكان مسلكها يشبه كل الشبه مسلك ذلك الرجل الذي نوّمه برنهايم (١) مغنطيسيا وامره بأن يفتح مظلة في قاعة البيان العملي بعد خمس دقائق من استيقاظه ، فلما أفاق نفذ ذلك الامر من دون أن يتمكن من تعليل فعله . الى أشباه هذه المواقف يذهب بنا الفكر حين نتكلم عن **سيرورات نفسية لاشعورية** . ونحن نتحدى كائنا من كان ان يجد لهذا الموقف تعليلا علميا أصح من تعليلنا ، فان استطاع غسلنا أيدينا بطيبة خاطر من فرضية السيرورات النفسية اللاشعورية . لكننا بانتظار ذلك سنتمسك بها ، وسنكتفي بأن نهز كتفينا ردا على اعتراض من يعترض علينا بأن اللاشعور ليس له من وجود بالمعنى العلمي للكلمة ، وانه لا يعدو ان يكون باباً للنجاة وصورة مجازية من صور الكلام . والحق ان هذا الاعتراض ينقض نفسه بنفسه في الحالة التي نحن بصددها ، وذلك ما دام اللاشعور الذي يريد المنكرون ان ينكروا عليه كل واقعية يتسبب في حدوث ظاهرات لها من الواقعية الملموسة ما للفعل الوسواسي.

ان هذا الموقف عينه يتكرر في جوهره في حالة مريضتنا الثانية . فقد استنت لنفسها قاعدة لا تخالفها الا تدع الوسادة تمس عارضة السرير ، وهي تجد نفسها مكرهة على الامتثال لهذه القاعدة من دون ان تعرف اصلها او تعلم ما تعنيه او تدرك ما الدوافع التي منها تستمد قوتها . وسواء أعدت هذه القاعدة مما لا يؤبه له ، ام ازدرتها وثارت عليها ، ام عقدت العزم على مخالفتها وعدم الانصياع لها ، فذلك كله لا يجدي فتيلا من منظور تنفيذ الفعل . فهي تشعر بنفسها مدفوعة دفعا الى الاذعان والامتثال، وعبثا تسائل نفسها عن السبب . فكيف لنا والحال هذه الا نتعرف في هذه الأعراض العصابية الوسواسية ، في هذه التصورات والاندفاعات التي لا يعلم احد من اين تنبعث والتي تمتنع بضراسة على كل مؤثرات الحياة السوية والتي تظهر للمريض نفسه وكأنها ضيوف قادرون على كل شيء وآتون من عالم غريب ، او كأنها كائنات خالدة جاءت لتزج بنفسها في غمار حياة الكائنات البشرية الفانية ، اقول : كيف لا نتعرف فيها دليلا على وجود منطقة نفسية خاصة ، معزولة عن كل ما عداها وعن سائر أوجه نشاط الحياة الداخلية وتظاهراتها ؟ ان هذه الاعراض والتصورات والاندفاعات تقودنا لا محالة الى الاقتناع بوجود اللاشعور النفسي ، ولهذا لا يسع طب الامراض العقلية السريري ، الذي لا يقر الا بسيكولوجيا الشعور ، ان يجد سبيلا آخر للخروج من هذا المأزق غير ان يعلن ان جميع تلك التظاهرات ليست الا من نتاج الانحطاط والعتاهة . وغني عن البيان ان التصورات والاندفاعات الوسواسية ليست بحد ذاتها لاواعية ، مثلما ان أداء الافعال الوسواسية لا يتم خارج نطاق الادراك الواعي . وما كان لهذه التصورات والاندفاعات ان تتحول الى أعراض لو لم تشق طريقها الى دائرة الوعي . غير ان الشروط النفسية التي تصدع بأمرها بحسب ما دلنا التحليل ،

١ - برنهايم (ومعه ليبو) من اطباء مدينة نانسي ، كان يعالج مرضاه بالتنويم المغنطيسي ، وقد حضر فرويد سنة ١٨٨٩ بعض عروض له كما روى في **حياتي والتحليل النفسي** .

م

وكذلك الأسيقة التي يتيح لنا تأويلنا ان ندرجها فيها ، تكون لاواعية ، او هي تبقى كذلك الى ان نجعل المريض يعيها عن طريق عملنا التحليلي .

فان اضفتم الى ذلك ان الوضعية التي لاحظناها لدى مريضتينا تتكرر في جميع أعراض الاصابات العصابية ، وأن معنى الاعراض يخفي على المريض في الاحوال طرا ، وان التحليل يميط اللثام دوما عن ان هذه الاعراض نتاج لسيرورات لاشعورية ـ قابلة مع ذلك لان تصبح شعورية في ظروف مؤاتية متنوعة ـ ادركتم بلا مشقة ان التحليل النفسي لا يسعه ان يستغني عن فرضية اللاشعور وفهمتم لماذا درجنا على التعامل وإياه وكأنه شيء ملموس . وقد تدركون ايضا ان كل من لا معرفة له باللاشعور الا باللفظ ، ومن لم يمارس التحليل قط ، ولم يؤول حلما قط ، ولم يبحث عن معنى الاعراض العصابية وقصدها قط ، ليس مؤهلا للخوض في هذه المسألة . ولنكرر القول مرة اخرى : ان مجرد اقتدارنا على ان نعزو ، بالاستناد الى التأويل التحليلي ، معنى الى الاعراض العصابية لينهض دليلا لا يدحض على وجود سيرورات نفسية لاشعورية ، او بالاحرى على ضرورة التسليم بوجود هذه السيرورات .

لكن ليس هذا كل شيء بعد . فثمة اكتشاف ثان لبروير ، أجده اعظم خطرا واهمية من الاول ـ وقد توصل اليه وحده بدون تعاون مع احد ـ يزيد من علمنا بالصلات بين اللاشعور والاعراض العصابية . فليس معنى الاعراض هو وحده اللاواعي بصورة عامة، بل يوجد بين هذا اللاوعي وبين امكانية وجود الأعراض علاقة استبدال ايضا . وستفهمون عما قليل ما ارمي اليه . انا أؤكد اذن مع بروير : كلما التقينا بعرض من الاعراض تعين علينا ان نستنتج وجود سيرورات لاشعورية معينة لدى المريض تشتمل تحديدا على معنى هذا العرض . لكن لا بد ان يكون هذا المعنى لاواعيا بدوره كيما يتظاهر العرض . فالسيرورات الشعورية لا تولد اعراضا

عصابية ؛ ثم انه ما ان تنقلب السيرورات اللاشعورية الى سيرورات شعورية حتى تزول الاعراض وتختفي . وبذلك ينفتح امامنا منفذ الى العلاج ، وتتوفر لنا وسيلة لازالة الاعراض . وعن طريق هذه الوسيلة بالفعل توصل بروير الى شفاء مريضته المهسترة ، اي الى تحريرها من أعراضها ؛ وقد وقع على تقنية اتاحت له ان يستدرج الى الوعي السيرورات اللاشعورية التي كانت تخفي معنى الاعراض ، ومن ثم ان يزيل هذه الاخيرة .

لقد جاء اكتشاف بروير هذا نتيجة لا لتأمل منطقي ، بل لملاحظة سديدة ظفر بها بفضل تعاون المريضة . ولا تسعوا الى فهم هذا الاكتشاف بإرجاعه الى واقعة اخرى معروفة : بل اقبلوه على انه واقعة اساسية تفسح في المجال امام تفسير وقائع كثيرة غيرها . لذا استأذنكم في ان اعرضه لكم في صيغة اخرى .

يتكون العرض كبديل عن شيء لم يفلح في التعبير عن نفسه وفي التظاهر الخارجي . فبعض السيرورات النفسية يعز عليها ان تتطور بصورة سوية الى ان تصل الى الشعور ، فينشأ عنها عرض عصابي . اذن فهذا العرض نتاج سيرورة توقف جريانها واختل تطورها بفعل سبب من الاسباب . ويحدث هنا ضرب من عملية استبدال ؛ فان أفلح علاج الاعراض العصابية في قلب هذه العملية ، يكن قد أوفى بما هو مطلوب منه .

ان اكتشاف بروير لا يزال الى اليوم اساس المعالجة التحليلية النفسية . وقد أيدت جميع البحوث اللاحقة الاطروحة القائلة بأن الاعراض تزول وتختفي حالما تغدو شروطها اللاشعورية واعية ، على الرغم من التعقيدات الغريبة اللامرتقبة التي يصطدم بها وضع هذه الاطروحة موضع التطبيق العملي . وتقنيتنا العلاجية انما تقوم على تحويل اللاشعور الى شعور ، وهي لا تصل الى مبتغاها الا بقدر ما يتأتى لها القيام بهذا التحويل .

اسمحوا لي هنا باستطراد طفيف ، الغرض منه ان احذركم من السهولة الظاهرة لهذا العمل العلاجي . فالعصاب بحسب ما قلناه حتى الان عاقبة ضرب من الجهل ، من عدم المعرفة بسيرورات نفسية كان ينبغي ان تكون معروفة . وهذه الاطروحة تذكرنا كثيرا بالنظرية السقراطية التي تقول بأن الرذيلة ذاتها نتيجة الجهل . والحال ان الطبيب الذي الِف التحليل وتمرس به لن يشق عليه بوجه عام على اساس هذا الفرض ان يميط اللثام عن الخلجات والمشاعر النفسية التي لا يعيها مريض بعينه . ومن ثم سيكون في مستطاعه بسهولة ، على اساس الفرض عينه ، ان يبرىء مريضه ويشفيه بأن يحرره من جهله باطلاعه على ما يعرفه. والمفروض به على كل حال ان يتمكن من الغاء شطر من المعنى اللاواعي للاعراض : اما الصلات القائمة بين الاعراض والاحداث المعاشة فان الطبيب ، الذي لا يعرف هذه الاخيرة ، لا يستطيع بطبيعة الحال ان يحدس بها ، ولا مناص له من ان ينتظر ان يتذكرها المريض ويتكلم عنها . لكن من الممكن بصدد هذه النقطة ايضا الحصول ، في بعض الحالات ، على معلومات من مصدر غير مباشر عن طريق استخبار اقارب المريض : فاطلاع هؤلاء على مجرى حياته يتيح لهم في غالب الاحيان ان يميزوا في الاحداث التي عرضت له في حياته ما كان منها ذا طابع رضي ، بل قد يكون في مكنتهم ان يكاشفونا بأحداث يجهلها هو نفسه لوقوعها في طور مبكر جدا من طفولته . وبالجمع بين هاتين الطريقتين قد يكون مباحا للطبيب ان يأمل بالتوصل ، في أجل قصير من الزمن وبأدنى قدر من الجهد ، الى النتيجة المنشودة ، اي ارجاع سيرورات المريض النفسية اللاشعورية الى وعيه .

لو صح ذلك كله لكان في منتهى الروعة ! فقد حصّلنا تجارب وخبرات لم نكن على أهبة لها من بادىء الامر . وكما قال موليير

ان هناك حطبا وحطبا (٢) ، كذلك فان هناك علما وعلما ، وضروبا شتى من المعرفة لا تتعادل جميعها في القيمة السيكولوجية . فمعرفة الطبيب ليست معرفة المريض ، ولا يمكن ان تتأتى عنها نتائج واحدة . فحين ينقل الطبيب الى المريض المعرفة التي حصّلها لا يصيب اي حظ من النجاح . او ان النجاح الذي يحرزه لا يتمثل بازالة الأعراض ، بل بتنشيط التحليل والتقدم به ، وأول امارات هذا النجاح هي في غالب الاحيان انكار المريض واعتراضه. فقد بات المريض يعلم شيئا كان يجهله من قبل ، وهو معنى عرضه ، ومع ذلك فهو لا يعلمه اكثر مما كان يعلمه قبلا . وهكذا يتأكد لنا ان هناك ضروبا شتى من عدم المعرفة . ولا بد ان يكون المرء طويل الباع في المسائل السيكولوجية حتى يتسنى له تفهم الفروق . غير ان الاطروحة التي تقدمنا بها من ان الأعراض تزول حالما يغدو معناها معلوما تبقى على كل حال صحيحة . هذا بشرط ان يكون اساس العلم تغيرا داخليا في نفس المريض ، وهو تغير لا يمكن إحداثه الا بمجهود نفسي متواصل برسم هدف معين . وهنا تواجهنا مشكلات سيتبين لنا عما قليل ان تركيبها هو مظهر دينامي لتكوين الاعراض .

والآن اتوجه اليكم بالسؤال : الم تجدوا ما ذكرته لكم غامضا ومعقدا اكثر مما ينبغي ؟ الم يحيركم اذ رأيتموني أسحب في اكثر الاحيان ما تقدمت به ، واحيط أطروحاتي بضروب شتى من التقييد ، ولا اكاد أسلك سبيلا حتى اتنكب عنه ؟ يؤسفني ان يكون كذلك هو واقع الحال . لكني لا أحبذ على الاطلاق التبسيط على حساب الحقيقة ، ولست ارى من محذور ان تعلموا ان الموضوع الذي نعالجه متشعب الجوانب وبالغ التعقيد ، ولا ارى

٢ ــ كلمة لموليير ذهبت مذهب القول السائر . ويقصد بها ان التباين ممكن حتى بين أفراد الجماعة الواحدة ، او بين الاشياء المتشابهة . ــم ــ

علاوة على ذلك بأسا في ان ازودكم بصدد كل نقطة بمعلومــــات تزيد عما يمكنكم الانتفاع به مؤقتا . وانا اعرف حق المعرفة ان كل مستمع او كل قارىء يرتب الموضوع المعروض عليه في افكار ، ويعمل فيه مبضع الاختصار والتبسيط ، ويستخلص منه ما يريد ان يحتفظ به منه . ومن الثابت ، الى حد ما ، انه كلما كثرت الاشياء بقي منها قدر كثير ايضا . فمن المباح لي اذن ان آمل ان تكونوا قد افلحتم في تكوين فكرة واضحة عن جوهر ما عرضته لكم ، وان أثقلته بالتفاصيل ، اي عن معنى الاعراض ، واللاشعور، والصلات ما بين تلك وهذا . واكبر الظن انكم حدستم ايضا بأن جهودنا التالية ستتوزع في وجهتين : أن نعرف من جهة اولـى كيف يصبح الناس مرضى ويقعون ضحايا عصاب قد يدوم مدى حياتهم ، وهذه مشكلة سريرية ؛ وأن نرى من جهة ثانية كيـف تتطور الأعراض المرضية بدءا من شروط العصاب ومقدماته ، وهذه مشكلة تتعلق بالدينامية النفسية . ولا بد ان تكون هنالك على كل حال نقطة تلتقي عندها هاتان المشكلتان .

لا أود ان امضي معكم اليوم الى أبعد من هذا ، لكن بما انه لا يزال امامنا متسع طفيف من الوقت فسأنتهزه لأوجه انتباهكم الى خاصية اخرى في تحليلنا للحالتين المرضيتين الآنفتي الذكر، وهي خاصية لن تدركوا كامل اهميتها الا لاحقا : اقصد **فجوات الذاكرة او النسايات** Amnésies . فقد اوضحت لكم ان كل مهمة المعالجة التحليلية النفسية يمكن تلخيصها في الصيغة التالية: تحويل كل المادة اللاشعورية المسبّبة للمرض الى مادة شعورية . والحال انه قد يدهشكم ان تعلموا ان هذه الصيغة يمكن الاستعاضة عنها بأخرى : سد الفجوات كلها في ذاكرة المرضى وتحريرهم من نساياتهم . وهذا مؤداه واحد . اذن فنسايات العصابيين لها دور كبير في ظهور اعراضهم . لكن لو امعنتم التفكير في الحالة التي كانت موضوع تحليلنا الاول ، لوجدتم ان هذا الدور المعزو الـى

النساية لا يستند الى اساس . فالمريضة لم تنسَ المشهد الذي يرتبط به فعلها الوسواسي ، بل حافظت على ذكراه ناصعة ، ولم يكن لاي نسيان آخر من دور في نشوء عرضها . وان يكن الموقف في حالة مريضتنا الثانية ، الفتاة صاحبة الطقس الوسواسي ، اقل وضوحا ، فانه يبقى مع ذلك مشابها للموقف الاول الـى اقصى حد . انها تتذكر هي الاخرى بجلاء ، وان بشيء من التردد ومن التمنع ، مسلكها في ماضي الايام ، حين كانت تلح كيما يبقى الباب الذي يفصل غرفة نوم والديها عن غرفتها منفرجا ليلا وكيما تتنازل لها امها عن مكانها في فراش الزوجية . والشيء الوحيد الذي قد يثير استغرابنا هو ان المريضة الاولى قامت بفعلهـا الوسواسي عددا لا يحصى من المرات من دون ان يتبادر الـى ذهنها قط مع ذلك ما يمكن ان يكون بينه وبين حادثة ليلة زفافها من صلة ، وان ذاكرتها لم تسترجع هذه الحادثة حتـى بعد ان وجدت نفسها مكرهة ، باستجواب مباشر ، على التنقيب عن دوافع عملها . وبوسعنا ان نقول الشيء ذاته عن مريضتنا الفتاة التـي تعزو طقسها والظروف الي تستثيره الى عين الموقف الذي يتكرر ليليا كما هو . اذن فالامر في كلتا الحالتين ليس امر نساية بحصر المعنى ، امر نسيان الذكريات ، وانما هنالك فقط انقطاع فـي الرابطة التي كان يفترض فيها ان تتيح للذاكرة استرجاع الحادثة وتجديدها . لكن ان يكن هذا الاضطراب في الذاكرة كافيا لتفسير العصاب الوسواسي ، فالامر ليس بالمثل في الهستيريا . فهذا العصاب الاخير يتميز في اغلب الاحيان بنسايات واسعة النطاق. فعند تحليل كل عصاب هستيري ، نكتشف عادة سلسلة كاملة من انطباعات من الحياة الماضية يجزم المريض بصريح القول انه نسيها. وتمتد هذه السلسلة الى السنوات الاولى مـن الحياة ، بحيث يمكننا اعتبار النساية الهستيرية نتيجة مباشرة للنساية الطفليـة التي تحجب الاطوار الاولى من الحياة النفسية ، حتى عـن الأسوياء من الناس . هذا من جهة ، اما من الجهة الثانية فنرى

بدهشة واستغراب ان النسيان يمكن ان يطال ايضا حتى الاحداث القريبة العهد في حياة المرضى ، وان الظروف التي يسّرت ظهور المرض او زادت من حدته هي على وجه التخصيص التي تغيب بصورة كاملة او جزئية في لجة النساية . والاغلب وقوعا ان تختفي التفاصيل الهامة من السياق الاجمالي لذكرى قريبة العهد من هذا النوع او ان تحل محلها ذكريات كاذبة . بل قد يحدث احيانا ، ان لم نقل دوما ، ان تبزغ قبيل انتهاء التحليل ذكريات معينة لأحداث قريبة العهد ، وهي ذكريات يمكن ان يكون قد مضى زمن طويل على اعتقالها بما يخلفه من فجوات واسعة في السياق الاجمالي .

قلنا ان هذه الاضطرابات الذاكرية سمة مميزة للهستيريا التي من جملة اعراضها ايضا حالات (نوبات هستيرية) لا تترك اي اثر بوجه الاجمال في الذاكرة . وبما ان الامر غير هذا في العصاب الوسواسي ، فلا تثريب عليكم ان استنتجتم من ذلك ان هذه النسايات تؤلف خاصية سيكولوجية للاصابة الهستيرية ، وليس سمة مشتركة بين الاعصبة طرا . غير ان اهمية هذا الاختلاف لن تعتم ان تتضاءل على ضوء الاعتبار التالي . ف «معنى» العرض يمكن ان يفهم بكيفيتين اثنتين : من منظور اصله ، ومن منظور هدفه ؛ وبعبارة اخرى ، اولا على ضوء الانطباعات والاحداث التي تولد عنها ، وثانيا على ضوء القصد الذي يخدمه . اذن فأصل العرض يرتد الى انطباعات جاءت من الخارج ، وكانت في وقت من الاوقات واعية بالضرورة ، ثم ما لبثت ان امست لاشعورية بفعل النسيان الذي سقطت في لجته . اما هدف العرض وقصده فهو على العكس ، وفي جميع الحالات ، سيرورة نفسية باطنة قد يتأتى لها ان تغدو واعية في وقت من الاوقات ، ولكنها قد تبقى ايضا على الدوام اسيرة اللاشعور . اذن فليس من المهم ان تطال النساية اصل العرض ، اي الاحداث التي يرتكز اليها ، كما الحال في الهستيريا ، اذ ان هدف العرض وقصده ـ وقد يكونان

لاشعوريين من البداية ـ هما اللذان يعيّنان تبعية العرض للاشعور ، وهذا في العصاب الوسواسي كما في الهستيريا سواء بسواء .

وانما لاننا عزونا مثل هذه الاهمية الى اللاشعور في الحياة النفسية ألبّنا على التحليل النفسي أخبث العقول النقدية واسلطها لسانا . ولا تعجبوا لهذا ولا تحسبوا ان المقاومة التي نقابل بها ترجع الى صعوبة تصور اللاشعور والى استغلاق التجارب ذات الصلة به . فعلى مر الاجيال انزل العلم بأنانية البشر الساذجة طعنتين نجلاوين . المرة الاولى عندما اثبت ان الارض ليست مركز الكون ، بل لا تؤلف الا جزيئة زهيدة في المنظومة الكونية التي يكاد يتعذر علينا ان نتصور ضخامتها . وتقترن هذه البرهنة الاولى في اذهاننا باسم كوبرنيكوس ، بالرغم من ان العلم الاسكندراني كان قد قال بشيء شبيه بهذا (٣) . اما الطعنة الثانية فقد أصيبت بها البشرية على يد المبحث البيولوجي حين حكم بالبطلان على ادعاء الانسان بأنه يحتل مكانا متميزا في تسلسل الخلق ، واثبت تحدره من السلالة الحيوانية واماط اللثام عن ثبات طبيعته الحيوانية وعدم قابليتها للفناء . وقد حدثت الثورة الاخيرة هذه في ايامنا ، على اثر مباحث ش. داروين ووالاس ومن سبقهما ، وهي مباحث لاقت اضرى المقاومة من المعاصرين . ويسدد المبحث السيكولوجي في ايامنا هذه طعنة ثالثة الى الصلف البشري ، اذ اخذ على عاتقه ان يثبت **للأنا** انه ليس السيد

---

٣ ـ يشير فرويد هنا الى المدرسة الفيثاغورية الاسكندرانية ، وعلى رأسها ارسطارخوس الساموسي الذي اظهرت له قياساته الهندسية للمسافات بين الارض والشمس والقمر بطلان نظرية ارسطو القائلة بأن الارض هي مركز الكون ، وافضت به الى المناداة بنظرية تعد الشمس مركز الكون . لكن مذهبه لم يلق قبولا في العصور القديمة . ـم ـ

المطاق في بيته ، وانه لا خيار له الا بأن يقنع بمعلومات طفيفة وجزئية عما يجري في حياته النفسية خارج نطاق وعيه (٤) .

وليس اصحاب التحليل النفسي هم اول من دعا البشرية الى التواضع ، والى التفكر والتأمل ، ولا هم وحدهم الذين وجهوا مثل هذه الدعوة ، لكن يبدو انه على عاتقهم وقعت مهمة الترويج لهذه النظرة بأعظم الداب والاندفاع ، وتأييدها بمواد وأدلة مستقاة من التجربة وفي متناول فهم الجميع . ومن هنا كانت تلك الثورة العامة على علمنا ، وتخطي المعارضة لكل قواعد الادب والتهذيب الاكاديمي ، وانفلاتها من كل القيود التي يفرضها المنطق اللامتحيز . أضف الى ذلك كله ان نظرياتنا تهدد سلام العالم من ناحية اخرى ايضا ، كما سترون في محاضرة تالية .

---

٤ ــ هذه الاذلالات الثلاثة التي الحقها العلم الحديث بالكبرياء البشري سيستوفي فرويد معالجتها في مقالة منفردة ، نشرت في مجلة **ايماغو**، المجلد ٥ ، سنة ١٩١٧ ، وترجمتها العربية موجودة في **ابليس في التحليل النفسي** ، بعنوان صعوبة **امام التحليل النفسي** ، ص ٩٣ ــ ١٠٣ . ــ م ــ

المحاضرة التاسعة عشرة

المقاومة والكبت

اذا شئنا ان نكوّن لانفسنا عن الاعصبة فكرة اقرب الى واقع الاشياء ، فاننا سنحتاج الى مشاهدات جديدة . والحال انه بين ايدينا مشاهدتان رائعتان ، وكانتا مثارا لضجة كبيرة يوم أزيح عنهما النقاب . ولا اشك في ان مباحثنا في العام الماضي تهيئنا لاستيعاب هاتين الملحوظتين .

المشاهدة الاولى : حين نتصدى لعلاج مريض بقصد شفائه وتحريره من اعراضه المرضية ، يواجهنا بمقاومة عنيفة ، عنيدة، تدوم طول فترة المعالجة . وهذه واقعة على درجة من الغرابة تجعلنا نتوقع الا تحظى من الناس بالقبول والتصديق . ونحن نتحاشى بالفعل ان نذكر شيئا عنها لأقارب المريض ، خشية ان يروا فيها من جانبنا ذريعة نتعلل بها لتبرير طول فترة العلاج او

اخفاقه . والمريض نفسه يبدي جميع مظاهر المقاومة من دون ان يفطن لها ، وحين نفلح في حمله على الاعتراف بالمقاومة التي يبديها وعلى اخذها في حسابه نكون قد قطعنا شوطا غير هين على طريق النجاح . ولكم انتم ان تتصوروا الامر : فهذا المريض يعاني أشد المعاناة من اعراضه ، والذي يسبب ما يسببه من الم لاهله ، والذي يحمل نفسه قدرا كبيرا من التضحية ، ان بوقته وان بماله وان بجهده وعنائه ، ليتخلص من اعراضه ، كيف لنا ان نتهمه بأنه يعاضد مرضه ويؤازره بما يبديه من مقاومة حيال من اخذ على عاتقه ان يشفيه منه ؟ ولو جهرنا بهذه الحقيقة فكم ستبدو له ولذويه مغربة ، بعيدة الاحتمال ! ومع ذلك ، فالامر ثابت لا مرية فيه ، وحين يعترض علينا احدهم ببعد الاحتمال هذا، فما علينا الا ان نجيبه بأن تلك الحقيقة التي نؤكدها لها مثيلاتها المشابهات لها : فمثلا ، ما اكثر الاشخاص الذين يأتون الى طبيب الاسنان ليخلصهم من الم لا يطاق في اسنانهم ، فاذا ما همّ بآلته ليعالج السن المريضة واجهوه بأعنف المقاومة ؟

تتظاهر مقاومة المريض في أشكال بالغة التنوع ، وعلى جانب كبير من الرهافة والمكر ، وغالبا ما يصعب تعرفها . وهي ما يسميه الناس الارتياب بالطبيب والحذر منه . ونحن نعمد في المعالجة التحليلية النفسية الى تطبيق نفس الخطة التي رايتموني أطبقها على تأويل الاحلام . اذ ندعو المريض الى ان يضع نفسه في حالة يتسنى له فيها ان يلاحظ نفسه بنفسه ، بدون افكار مبيَّتة ، ونحثه على مكاشفتنا بجميع ما يعتمل في نفسه او يتوارد الى ذهنه من مشاعر وأفكار وذكريات ، بالترتيب نفسه الذي تتوارد به . وننهاه نهيا صريحا عن الانسياق وراء اي دافع قد يملي عليه اختيارا او استبعادا لبعض هذه المتداعيات ، ونحذره من الامساك عن مكاشفتنا بها بحجة انها قبيحة او مقززة او غير مساغة او عادمة الاهمية او سخيفة لا معنى لها . ونشدد عليه الا يلتفت الا الى ما يجري على سطح وعيه ، وأن يعرض عن كل نقد ، كائنا

ما كان ، قد يعنّ له ان يوجهه الى ما يتبادر الى ذهنه ، ونؤكد له ونجزم ان نجاح العلاج ، وعلى الاخص مدته ، رهن بصدقه في الامتثال لهذه القاعدة التحليلية الاساسية . وقد عرفنا من قبل ، بفضل ما ظفرنا به من نتائج من تطبيقنا لهذه الخطة في تأويل الاحلام ، ان الخواطر والذكريات التي تستثير اكبر قدر من الشكوك والاعتراضات هي عينها التي تحتوي في العادة على المواد القمينة بأن تعيننا على استكشاف اللاشعور .

النتيجة الاولى التي نتوصل اليها بصياغتنا هذه القاعدة الاساسية من قواعد تقنيتنا هي ان المريض يقابلها بالمقاومة . فهذا الاخير يسعى الى التملص مما تلزمه به بكل الوسائل المتاحة له . فتارة يزعم انه لا يستشف اي خاطر او شعور او ذكرى ، وطورا يدعي ان ما يتبادر الى ذهنه منها كثير حتى ليعجز عن الامساك بها والاهتداء الى مبتغاه منها . وعندئذ نلاحظ ، بدهشة غير مستحبة ، انه يتراجع امام هذا الاعتراض النقدي او ذاك : تنمّ عن ذلك وقفاته المطولة التي تتخلل كلامه . وفي نهاية المطاف يقر بأنه يعرف اشياء كثيرة لا يسعه التصريح بها ، وأنه يخجله الاعتراف بها ، وأنه يمتثل لهذا الدافع خلافا للوعد الذي كان قد قطعه بألا يمسك شيئا ويكتمه . او قد يعترف ايضا بأنه وجد شيئا ما ، ولكنه شيء يتصل بشخص آخر ، فليس يسعه افشاؤه . او قد يدعي ايضا ان ما وجده تافه وغير ذي بال وسخيف حقا ، فليس من المعقول ان نطالبه بأن يحمل أشباه هذه الخواطر على محمل الجد . ويتابع على هذا المنوال ، وينوع اعتراضاته الى ما لا نهاية ، فلا يبقى لنا الا ان نفهمه ان البوح بكل شيء ، كما كان تعهد ، يقتضي فعلا البوح بكل شيء .

ويندر ان نلتقي مريضا لا يحاول ان يخفي شقا من نفسه حتى يبقيه بمنأى عن التحليل والعلاج . وهكذا أخفى عني احد مرضاي ، وهو من اذكى من قيض لي أن التقيهم من الناس ، علاقة

غرامية له ، وحبسها عني لبضعة اسابيع ، ولما انحيت عليه باللائمة لانتهاكه القاعدة «المقدسة» انبرى يدافع عن نفسه بقوله انه كان يعتقد ان هذا امر خاص من اموره الشخصية . وغني عن البيان ان المعالجة التحليلية النفسية لا تقر بحق الالتجاء هذا . تصوروا ، مثلا ، ان يصدر في مدينة كفيينا قرار بعدم جواز اعتقال اي انسان في اماكن من اشباه السوق الكبيرة او كاتدرائية سان إتيين ، ثم تتصدى السلطات بعد ذلك للقبض على مجرم معين ! بوسعنا ان نجزم سلفا انه لن يختار ملجأ له سوى احد هذين الموضعين . ولقد تهيأ لي مرة ان بوسعي ان امنح حق الاستثناء هذا لاحد المرضى لما بدا لي منه من قدرة على الوفاء بوعده ولانه كان موثقا بسر المهنة الذي لا يبيح له البوح بأشياء معينة لشخص آخر . واشير علاوة على ذلك الى انه ذهب وهو راض عن نجاح العلاج ، لكنني لم أغتبط بقدر اغتباطه ، وعاهدت نفسي الا اعيد الكرة ابدا في مثل هذه الظروف .

ان المعصوبين الوسواسيين بارعون في شل تطبيق هذه القاعدة من قواعد خطتنا بمغالاتهم في شكوكهم ووخز ضميرهم . وقد يفلح الحصاريون من المهستريين احيانا في إبطال فعاليتها عندما لا يكاشفوننا الا بخواطر ومشاعر وذكريات بعيدة غاية البعد عما نسعى وراءه ، فيضل التحليل عن مرماه . لكنني لا انوي الإثقال عليكم بجميع تفاصيل هذه الصعوبات التقنية . وحسبي ان اذكر لكم اننا حين نفلح اخيرا ، بعد لأي وداب ، في حمل المريض على شيء من الامتثال للقاعدة التقنية الاساسية ، فسرعان ما تتحول مقاومته ــ وقد تغلبنا عليها في ناحية ــ الى ميدان آخر . اذ تبرز عندئذ بالفعل مقاومة عقلية ، تتخذ من الحجج سلاحا لها ، وتتدرع بالصعوبات والاشكالات والشطحات البعيدة الاحتمال التي يكتشفها العقل العادي في النظريات التحليلية اذا لم تتوفر له معرفة ضليعة بها . وعندئذ نسمع من فم هذا المريض وحده كل الانتقادات والاعتراضات التي تحاصرنا بها جوقة

المشنعين علينا في مضمار الادبيات العلمية . وهكذا ترون ان الاصوات التي تصلنا من الخارج لا تأتينا بشيء لم يسبق لنا سماعه من افواه مرضانا . زوبعة حقيقية ، ولكن في فنجان . على ان المريض ، والحق يقال ، لا يضيق ذرعا بما نلقيه على مسامعه؛ فهو يتوق الى ان نزوده بالمعلومات ، وأن نثقفه ، وأن نفند حججه، وأن نشير اليه بالمصادر التي يمكنه الرجوع اليها ليستزيد منها علما . وهو مستعد اتم الاستعداد لان يغدو نصيرا للتحليل النفسي ، لكن بشرط ان يستثنيه التحليل ، هو شخصيا . غير اننا نستشف في حب الاطلاع هذا مقاومة ، رغبة في صرفنا عن مهمتنا الخاصة . ولذا نصدها . اما لدى المعصوبين الوسواسيين فتصطنع المقاومة تكتيكا خاصا . فالمريض يدعنا بلا معارضة نتابع تحليلنا الذي يمكنه على هذا النحو ان يتباهى بما يسلطه من ضوء متزايد السطوع على اسرار الحالة المرضية المطلوب علاجها . غير اننا نفاجأ في خاتمة المطاف اذ نلاحظ ان هذا الايضاح لم يتمخض عن اي تقدم عملي وعن اي تخفيف لحدة الاعراض . وعندئذ يتأتى لنا ان نكتشف ان المقاومة اعتصمت بالشك الذي هو مظهر اساسي عن العصاب الوسواسي ، وانها من هذا الموقع المحصن تسدد الينا راس حربتها . فكأن المريض قال بينه وبين نفسه : «هذا جميل جدا ومثير للاهتمام . وجل مناي المضي في ما نحن فيه . ومن المؤكد ان التحليل سيغير ما بي من مرض لو كان صحيحا . لكنني لا اعتقد البتة بأنه صحيح ، وما دمت لا أؤمن بصحته فلن يكون له من تأثير على مرضي» . وقد يدوم هذا الموقف طويلا ، الى ان نتصدى للمقاومة في معقلها بالذات ، وعندئذ يبدأ الصراع الفاصل .

ليست المقاومات العقلية اخطر انواع المقاومة ؛ ولا يتعذر علينا التغلب عليها . لكن المريض ، من دون ان يتخطى اطار التحليل ، يفلح في اصطناع مقاومات يعسر كل العسر التصدي

لها . فبدلا من ان يتذكر مواقف حياته الماضية ومشاعرها يحييها من جديد بتحويلها الى شخص المحلل وإسقاطها عليه ، فتتحول من ثم الى وسائل مقاومة للمريض وللعلاج . فان كان المريض رجلا استعار بوجه عام هذه المواد من علاقاته بأبيه الذي ينوب منابه في هذه الحال الطبيب : فاذا به يحول طموحه الى الاستقلال بنفسه وبأحكامه ، وعزة نفسه وكبرياءه التي حدت به في الماضي الى معادلة ابيه او التفوق عليه ، ونفوره من ان يتحمل مرة ثانية في حياته عبء العرفان بالجميل ، اذا به يحول ذلك الى مقاومة لتأثير الطبيب عليه . وتمر لحظات يشعر فيها الطبيب بأن رغبة المريض في احباط مسعاه وفي إشعاره بعجزه وفي الظهور عليه تبز لديه رغبته الاخرى والفضلى في الخلاص من مرضه . وتبرع النساء اعظم البراعة في توظيف «التحويل» لصالح المقاومة ، اذ يصبغنه بصبغة من عاطفة رقيقة ، مشحونة بالايروسية ، ازاء الطبيب . واذا ما بلغ هذا الميل درجة معينة من الشدة ، تلاشى كل اهتمام بالموقف الراهن ، وأمسكت المريضة عن التفكير بمرضها ، ونسيت جميع التعهدات التي كانت التزمت بها ساعة بدء العلاج ؛ ومن جهة اخرى ، فان الغيرة التي لا بد ان تعلن عن ظهورها هنا ، وكذلك الخيبة التي يسببها للمريضة الفتور الذي يقابلها به الطبيب من هذا المنظور ، لا يمكن الا ان يساهما في الاساءة الى الصلات الشخصية التي لا بد ان تقوم بينهما ، وهذا ما يبطل مفعول عامل من اقوى عوامل التحليل .

ان المقاومات من هذا النوع لا تجوز ادانتها بلا تحفظ . فهي تشتمل ، بما هي كذلك ، على مواد شتى بالغة الاهمية وذات صلة بحياة المريض الذي يفصح عنها باقتناع عظيم ، مما يوفر للتحليل سندا ممتازا اذا ما عرف المحلل ، بتقنيته البارعة ، ان يوجهها في الوجهة المناسبة . وتجدر الاشارة هنا الى ان هذه المواد توضع على الدوام في بادىء الامر في خدمة المقاومة ، فلا يتبدى منها للعيان سوى واجهتها المناوئة للعلاج . ومن الممكن ايضا ان

تكون هذه المقاومات سمات طبعية وخلقية ، ميول للأنا يعبئها المريض ليكافح التغييرات التي يسعى الطبيب الى الوصول اليها عن طريق العلاج . وعندما ندرس هذه السمات الطبعية يتضح لنا ان ظهورها كان تحت تأثير ظروف العصاب وكرد فعل على مطالبه؛ اذن بوسعنا ان نصفها بأنها كامنة ، بمعنى انها ما كانت لتتظاهر او ما كانت لتتظاهر بنفس الدرجة من الشدة والوضوح خارج نطاق العصاب . ومع ذلك لا يذهب بكم الظن ان ظهور هذه المقاومات من شأنه المساس بنجع المعالجة التحليلية وفعاليتها . فليس في هذه المقاومات شيء لا يتوقعه المحلل . فنحن نعلم انها لا بد ان تتظاهر ، ونستاء حين لا نفلح في استثارتها بوضوح كاف وفي افهام المريض طبيعتها . كما ندرك اخيرا ان التغلب على هذه المقاومات هو المهمة الرئيسية للتحليل ، وأنه الشطر الوحيد من عملنا الذي يمكن ان يجعلنا على يقين من اننا اسدينا خدمة ما الى المريض ، وهذا بطبيعة الحال اذا عرفنا كيف نؤديه على الوجه المرام .

أضف الى ذلك ان المريض ينتهز كل مناسبة ليخفف ما يبذله من جهد ، سواء اكانت حادثة عارضة طرات اثناء العلاج ، ام حدثا خارجيا من شأنه ان يصرف انتباهه ويشتته ، ام ملاحظة عدائية يبديها حيال التحليل شخص من اقرباء المريض ، ام مرضا عضويا طارئا او ناجما عن مضاعفات العصاب او حتى تحسنا يطرأ على حالته ؛ اقول : ان اضفتم ذلك كله تكونت لديكم صورة لا ازعم انها كاملة ، بل تقريبية ، لاشكال المقاومة ووسائلها التي نواجهها اثناء التحليل . ولئن عالجت هذه النقطة بتفصيل كبير ، فلكي اقول لكم ان ما اكتسبناه من تجارب وخبرات بالمقاومة التي يعارض بها المريض محاولة الغاء اعراضه كان هو الاساس الذي شدنا عليه تصورنا الدينامي للاعصبة . فقد اعتمدنا ، انا وبروير، في المعالجة النفسية على التنويم المغنطيسي في بادىء الامر ؛

[illegible] لم يعالج [illegible] مريضته الاولى الا وهي في حالة من الايحاء [illegible] ، ولم اعتم بدوري ان حذوت حذوه . واقر بأن العمل [illegible] اسهل واحب الى النفس ، وكان يستغرق زمنا اقل . [illegible] ان النتائج التي كنا نصل اليها كانت قلبًا وغير مستديمه . لذا سرعان ما هجرتّ التنويم المغنطيسي . وعندئذ فقط فهمت انه كان يستحيل علي ، ما دمت اعتمد على التنويم المغنطيسي ، ان افهم دينامية تلك الامراض . وبالفعل ، كان التنويم المغنطيسي يحول دون ادراك الطبيب لوجود المقاومة . وكان التنويم ، بكبحه المقاومة ، يترك بعض المجال حرا للقيام بالتحليل ، وكانت المقاومة تختبىء خلف هذا المجال ، فيصعب بالتالي النفاذ الى كنهها ، شأنها في ذلك شأن الشك في العصاب الوسواسي . يحق لي اذن ان اقول ان التحليل النفسي بحصر المعنى لم ير النور الا يوم اقلعنا عن اللجوء الى التنويم المغنطيسي .

لكن ان يكن اثبات وجود المقاومة على هذه الدرجة من الاهمية ، فانه يتعين علينا ، من قبيل الاحتياط ، ان ندع مكانا للشك وان نتساءل عما اذا لم نكن قد تسرعنا في التسليم بوجودها ، وعما اذا لم نكن نصدر في عملنا هذا عن شيء من الخفة في بعض الاحيان . فمن الممكن ان تواجهنا حالات عصابية لا تحقق فيها التداعيات نجاحا لاسباب اخرى ، ومن الممكن ان تكون الحجج التي يُرد بها علينا بصدد هذه النقطة جديرة بأن تؤخذ بعين الاعتبار ونكون نحن من المخطئين اذ نستبعد النقد العقلي لمن نحللهم باطلاقنا عليه اسم المقاومة ، وهو اسم يخدم مآربنا . غير انه يتعين علي ان أصارحكم ان الوصول الى هذا الحكم قد استأدانا كثيرا من الجهد والعناء . وقد تسنى لنا ان نلاحظ كل مريض من اولئك المرضى الناقدين لحظة ظهور المقاومة وبعد زوالها . والواقع ان المقاومة تتفاوت شدة في اثناء العلاج ؛ فهذه الشدة تزداد كلما طرقنا فكرة جديدة ، وتدرك اقصى مبلغها اثناء صياغة هذه الفكرة ، وتعود فتفتر حين تستنفد هذه

الاخيرة . وفضلا عن ذلك ، فاننا اذا لم نتورط في خرق تقني فاضح ، لم نستثر لدى المريض اقصى ما يقتدر عليه من مقاومة . وقد تهيأ لنا على هذا النحو ان نلاحظ ان المريض نفسه يتخلى عن موقفه النقدي ثم يعود الى التشبث به مرارا وتكرارا اثناء التحليل . فاذا ما أوشكنا ان نستدرج الى وعيه شطرا جديدا وشديد الايلام من المواد اللاشعورية ، اتخذ منا موقفا نقديا مشتطا ؛ وحتى لو سبق له ان فهم وقبل اشياء كثيرة ، فان كل مكتسباته تضيع لحظتئذ أدراج الريح ؛ والصورة التي قد يعرضها لانظارنا ، وهو متشبث ذلك التشبث العنيد بالمقاومة والمعارضة باي ثمن ، هي صورة مكتملة للبلاهة الوجدانية . لكن لو امكننا ان نساعده على التغلب على هذه المقاومة ، لارتدت اليه افكاره ولاستعاد قدرته على الفهم . اذن فنقده ليس وظيفة مستقلة ، وهو بالتالي غير جدير منا بالاحترام : بل هو حيلة يصطنعها في خدمة مواقفه وميوله الوجدانية ومطية لمقاومته . فان لم يستسغ شيئا ، فبوسعه ان يدفعه عنه بأرابة كبيرة وروح نقدية مسرفة ؛ أما اذا طاب له فيتقبله بسذاجة وسرعة تصديق . ولعلنا جميعنا نفعل ما يفعله ؛ لكن ارتهان العقل هذا بالحياة الوجدانية لا يتجلى بمثل ذلك الوضوح والجلاء لدى المحلَل الا لان تحليلنا يلاحقه ويحاصره في آخر مواقعه وحصونه .

لئن كان المريض يدفع عن نفسه بمثل تلك القوة كل محاولة لازالة أعراضه ولاعادة سيروراته النفسية الى نصابها الصحيح ، فكيف لنا ان نفسر هذه الواقعة ؟ اننا نقول ان هذه القوى التي تعارض تغير الحالة المرضية لا بد ان تكون هي نفسها التي أدت في وقت من الاوقات الى قيام هذه الحالة . فالاعراض لا بد ان تكون قد تكونت في اثر سيرورة نستطيع اعادة بنائها بما اكتسبناه من خبرة في مجال تفكيك الاعراض . ونحن نعرف من قبل ، من ملاحظات بروير ، ان وجود العرض مشروط بسيرورة نفسية تعذر

عليها الوصول الى نهايتها الطبيعية ، وما تسنى لها بالتالي ان تغدو واعية ، ومن ثم يأتي العرض لينوب مناب ما لم يكتمل . وهكذا نجد انه في مستطاعنا ان نحدد مكان عمل القوة المفترضة . اذ لا بد ان تكون معارضة عنيفة قد حالت دون وصول السيرورة النفسية الى الشعور ؛ وبذلك بقيت هذه السيرورة لاشعورية؛ ومن حيث انها لاشعورية كانت لها القدرة على تشكيل العرض . وهذه المعارضة نفسها تتظاهر في اثناء العلاج في محاولة لاحباط الجهود الرامية الى تحويل اللاشعور الى شعور . وهذا ما ندركه حسيا في صورة مقاومة . ونحن نطلق اسم **الكبت** على السيرورة المسببة للمرض التي تتجلى لنا عن طريق المقاومة .

علينا الان ان نحاول تصور سيرورة الكبت هذه على نحو اكثر وضوحا . فهي الشرط التمهيدي لتكوين العرض ، لكنها ايضا شيء لا نعرف له شبيها او نظيرا. لنأخذ على سبيل المثال اندفاعة ما، Impulsion ، أي سيرورة نفسية محبوة بميل الى التحول الى فعل : نحن نعلم ان هذه الاندفاعة يمكن ان تنحى وتلجم وتدان . ومن ثم فان الطاقة التي كانت في متناولها تنسحب ، وتغدو مشلولة ، بيد انها قد تبقى على قيد الوجود كذكرى . وجميع القرارات التي موضوعها تلك الاندفاعة تبرم تحت الاشراف الواعي للانا . غير ان الامور لا بد ان تجري غير هذا المجرى حين تتعرض هذه الاندفاعة عينها للكبت. ففي هذه الحال تحتفظ ولا بد بطاقتها، ولكنها لا تترك وراءها أي ذكرى ؛ بل ان سيرورة الكبت بالذات تتم ، كما هو مفترض ، خارج نطاق وعي الانا . وهكذا يستبين لنا ان هذه المقارنة لا تقربنا البتة من فهم طبيعة الكبت

سأعرض عليكم التصورات النظرية التي ظهر انها الاعظم فائدة من غيرها من هذا المنظور ، اي الاقدر على ربط فكرة الكبت بصورة محددة . لكن كيما يأتي عرضي هذا واضحا ، فلا بد قبل كل شيء ان نستبدل المعنى الوصفي لكلمة «اللاشعور» بمعناها النسقي ؛ وبعبارة اخرى ، يتعين علينا ان نحزم امرنا على

الاعتراف بأن الوعي او عدم الوعي بسيرورة نفسية لا يعدو ان يكون خاصية من خصائصها ، وليس من الضروري ان تكون هذه الخاصية ذات معنى واحد لا يتغير في جميع الاحوال (١) . فحين تبقى سيرورة من السيرورات النفسية لاشعورية ، فان انفصالها عن الوعي قد يكون مؤشرا الى المصير الذي حاق بها ، ولكنه لا يكون هو هذا المصير. وكيما نكوّن لأنفسنا فكرة واضحة عن هذا المصير، نفترض ان كل سيرورة نفسية ، ربما باستثناء سيرورة واحدة سنتكلم عنها عما قليل ، توجد اول الامر في مرحلة او طور لاواع، ثم تنتقل بعد ذلك الى الطور الواعي ، مثلها في ذلك مثل الصورة الفوتوغرافية التي تكون اول الامر سالبة ولا تصير الصورة النهائية الا بعد ان تجتاز الطور الايجابي . ولكن كما ان كل صورة سالبة لا تصير حتما وبالضرورة الى صورة موجبة ، كذلك لا يتحتم ان تتحول كل سيرورة نفسية لاواعية الى سيرورة واعية . ونعتقد انه من الأصوب لنا ان نقول ان كل سيرورة تنتمي اول الامر الى

---

١ ـ تيسيرا لفهم القارىء لهذه المحاكمة التي يجريها فرويد لا بد ان نأخذ في اعتبارنا ان اللغة الالمانية ، وكذلك اللغات اللاتينية ، لا تميز في اللفظ بين الوعي والشعور ، او بين اللاوعي واللاشعور . ولكن مثل هذا الالتباس لا وجود له بالعربية (الا ضمن حدود) ، منذ ان آثر المترجمون والمدرسون الاوائل لعلم النفس وللتحليل النفسي عندنا ان يفرقوا بين المعنيين الوصفي والنسقي لكلمة الوعي (او اللاوعي) باصطناعهم كلمة الشعور (او اللاشعور) . ونحن بدورنا نتقيد بهذا التقليد ، فان كان المقصود بكلمة «الوعي» (او اللاوعي) معناها الوصفي ابقينا على هذا اللفظ ، اما اذا كان المقصود بها انتسابها الى النسق النفسي الذي قامت شهرة مدرسة التحليل النفسي على اكتشافه ، فاننا نقول : «الشعور» و«اللاشعور» ، او «الشعوري» و اللاشعوري ، او القبشعور و«القبشعوري» ، الخ . ـ م ـ

نسق اللاشعور النفسي ، ولا يتأتى لها ان تنتقل الى نسق الشعور الا في ظروف خاصة .

والتمثيل الابسط لهذا النسق هو الاكثر ملاءمة لنا : انه التمثيل المكاني . وعلى هذا فاننا نشبه نسق اللاشعور بردهة انتظار واسعة ، تزدحم فيها الميول النفسية ، كما او انها مخلوقات بشرية . وتتصل بردهة الانتظار هذه غرفة اخرى ، أصغر منها ، معدة للاستقبال ، يقيم فيها الشعور . لكن عند الرواق الفاصل بينهما يقيم حارس يسهر على تفتيش كل ميل نفسي ، ويخضعه للرقابة ، ويمنعه من دخول غرفة الاستقبال ان لم يرض عنه . وسواء أرد الحارس ميلا بعينه من عتبة الباب ام اجبره على التراجع القهقرى بعد ان يكون قد دلف الى غرفة الانتظار ، فليس في الامر فارق كبير ، وتكاد النتيجة ان تكون واحدة . وكل شيء رهن بدرجة يقظته وثقوب نظره وصحوه. ومن مزايا هذه الصورة انها تتيح لنا ان نطور مدونة مصطلحاتنا .

فالميول المتواجدة في ردهة الانتظار المخصصة للاشعور لا تقع تحت نظر الشعور المقيم في الغرفة المجاورة . وبذلك تظل في اول الامر لاواعية . فاذا ما وصلت بعد ذلك الى العتبة وردها الحارس على أعقابها ، فمعنى ذلك انها عاجزة عن ان تصير واعية ، فنقول عنها في هذه الحال انها **مكبوتة** . غير ان الميول التي سمح لها الحارس باجتياز العتبة لا تغدو بالضرورة واعية ؛ بل بوسعها ان تصبح كذلك اذا ما افلحت في لفت نظر الوعي اليها . وعليه ، سنسمي هذه الغرفة بالنسق **القبشعوري** . هكذا ، فان تحول سيرورة ما الى سيرورة واعية يحتفظ بمعناه الوصفي المحض . وفحوى الكبت ان يمنع الحارس ميلا بعينه من الولوج من اللاشعور الى القبشعور . وهذا الحارس هو الذي يتبدى لنا في صورة مقاومة، عندما نحاول ان نضع حدا للكبت عن طريق المعالجة التحليلية .

ستقولون لي بلا ريب ان هذه التمثيلات ، البسيطة والمغربة في آن معا ، لا مجال لها في عرض علمي . وانكم لعلى حق ، وانا

نفسي أعلم انها ، فضلا عن ذلك ، غير صحيحة ، واذا لم اخطىء التقدير كثيرا فانه سيتاح لنا عما قليل ان نستبدلها بشيء آخر خيرا منها . ولا أعلم هل ستبدو لكم ، في حال تصحيحها وتكميلها، أقل إغرابا . ومهما يكن من امر فان هذه التمثيلات المساعدة ، التي لها نظيرها في الشخص الذي تصوره آمبير (٢) Ampère سابحا في الدارة الكهربائية ، لا تستأهل منا ان نرى اليها بعين الازدراء ما دامت تعيننا ، في الحساب الاخير ، على فهم بعض المشاهدات . وبوسعي ان اجزم لكم ان هذه الفرضية الفجة : الغرفتين والحارس الواقف عند العتبة الفاصلة بينهما والشعور الذي لا دور له سوى دور الناظر المتفرج في صدر الغرفة الثانية ، تزودنا بصورة قريبة جدا من حقيقة الاشياء الفعلية . ويطيب لي ، فضلا عن ذلك ، ان أسمعكم توافقون على ان تسمياتنا : **اللاشعور ، القبشعور ، الشعور** ، ابعد عن الانحياز في الحكم وأدنى الى التسويغ والتبرير من كثير غيرها من التسميات الدارجة او المقترحة : تحت الشعور ، شبه الشعور ، شريك الشعور ، الخ .

ثمة ملاحظة اعلق عليها كثيرا من الاهمية ، وهي تلك التي قد تبدونها فيما او قلتم ان تنظيم الجهاز النفسي ، كما اصادر عليه هنا لحاجتي اليه في المهمة التي اخذتها على عاتقي لتفسير الأعراض العصابية ، لا بد له ، كيما يكون صحيحا ، ان يكون ذا فاعلية عامة وأن يجلو لنا سير الوظيفة السوية أيضا . وملاحظة كهذه هي الحق بعينه . غير انه لا يسعني في الوقت الحاضر ان أتابعها الى نهايتها ، ومن المؤكد ان اهتمامنا بسيكولوجيا تكوين

---

٢ ـ اندريه آمبير : عالم فيزياء ورياضيات فرنسي (١٧٧٥ ـ ١٨٣٦) ، واضع نظرية الطاقة الكهرطيسية ، ومخترع التلغراف الكهربائي . ـ م ـ

الاعراض سيزداد ازديادا هائلا لو امكن لنا ان نأمل حقا بامكانية الظفر ، عن طريق دراسة هذه الشروط الباتولوجية ، بمعلومات عن الصيرورة النفسية السوية التي لا تزال خفية خفاء كبيرا .

هذا العرض الذي قدمته لكم عن النسقين النفسيين ، وعن العلاقات فيما بينهما ، وعن روابطهما بالشعور ، الا يذكركم اذن بشيء ؟ أمعنوا في التفكير ، يبن لكم ان الخفير القائم على الحراسة بين اللاشعور والقبشعور ان هو الا تشخيص للرقابة التي تتولى، كما كنا رأينا ، اعطاء الحلم الظاهر شكله النهائي . فالبقايا النهارية ، التي تعرفنا فيها منبهات الحلم ، كانت في تصورنا مواد قبشعورية تعرضت ليلا لتأثير رغبات لاشعورية ومكبوتة ، فاقترنت بها وشكلت بالتعاون معها، وبفضل ما هي مشحونة بهمن طاقة ، الحلم الكامن . وقد قلنا ايضا ان المواد القبشعورية تتعرض ، تحت تأثير النسق اللاشعوري ، لعملية اعداد وصياغة تتمثل في التكثيف والنقل على نحو غير معهود ، الا بصفة استثنائية ، في الحياة النفسية السوية ، اي في النسق القبشعوري . وقد ميزنا بين كل من هذين النسقين بطريقة ادائه لعمله ؛ فانتماء ظاهرة من الظاهرات الى هذا او ذاك من كلا النسقين انما تحدده علاقته بالشعور ، الذي هو نفسه امتداد للقبشعور . والحال ان الحلم ، بموجب هذه النظرة ، ليس بظاهرة مرضية : فقد يحدث لدى اي انسان سليم معافى بشرط أن يكون في حالة النوم . وهذه الفرضية عن بنية الجهاز النفسي – وهي فرضية تشمل بتفسير واحد تكوين الحلم وتكوين الاعراض العصابية معا – تتوفر لها كل الفرص لان تصدق ايضا على الحياة النفسية السوية .

هكذا ينبغي ان نفهم ، حتى إشعار آخر ، طبيعة الكبت . فما الكبت الا شرط مسبق لتكوين الاعراض . ونحن نعلم ان العرض يأتي ليحل محل شيء آخر يحول الكبت بينه وبين الاعلان عن نفسه . لكن علمنا بكنه الكبت لا يعني اننا فهمنا هذا التكوين

البديل . ففي الجانب المقابل من المعضلة يطرح ثبوت وجود الكبت الاسئلة التالية : ما الميول النفسية التي تتعرض للكبت ؟ وما القوى التي تفرض الكبت ؟ وما الدوافع التي ينصاع لها ؟ ولا يتوفر لدينا في الوقت الراهن للاجابة عن هذه الاسئلة سوى عنصر واحد . فعندما درسنا المقاومة ، علمنا انها نتاج لقوى الانا، نتاج لخصائص ظاهرة وكامنة في خلقه وطبعه . وعليه، لا بد ان تكون هذه القوى وهذه الخصائص هي التي سببت الكبت او ساهمت ، على الاقل ، في استحداثه . اما ما عدا ذلك فلا يزال مجهولا منا في الوقت الحاضر .

لكن هنا يأتينا العون من ثانية الملحوظتين اللتين كنت قد اشرت اليهما اعلاه . فالتحليل يتيح لنا ان نحدد تحديدا عاما للغاية الفرض الذي تخدمه الاعراض العصابية . وليس هذا بجديد عليكم على كل حال . افلم اوضحه لكم في حالتين من حالات العصاب ؟ بلى ، لكن ماذا تغني حالتان فقط ؟ من حقكم ان تطلبوا ان ابرهن لكم على مدعاي بمئات من الحالات ، بما لا عد له من الحالات . ويؤسفني انني عن ذلك عاجز . ولا مناص لي من ان احيلكم من جديد الى تجربتكم الخاصة او ان اتذرع بانعقاد اجماع اصحاب التحليل النفسي على توكيد صحة هذه النقطة .

تذكرون ولا ريب ان التحليل زج بنا ، في كلتا الحالتين اللتين اخضعنا اعراضهما لفحص مفصل ، في صميم حياة المرضى الجنسية . وعلاوة على ذلك تعرفنا في الحالة الاولى ، بجلاء لا مزيد عليه ، غرض الاعراض المدروسة او قصدها ؛ ومن الممكن ان يكون هذا الغرض او القصد قد حجبه في الحالة الثانية شيء سيتسنى لنا ان نتكلم عنه لاحقا . والحال ان اية حالة اخرى قد نجري عليها التحليل ستكشف لنا عن تفاصيل مطابقة لما لاحظناه في الحالتين الآنفتين . ففي جميع الحالات لا بد للتحليل ان يقتحم مسرح الاحداث الجنسية وان يزيح لنا النقاب عن رغبات

المرضى الجنسية ، ولا بد ان يتأكد لنا بالمشاهدة في كل مرة ان اعراضهم تخدم الغرض نفسه . وما هذا الغرض الا اشباع الرغبات الجنسية ؛ فالأعراض تفيد في اشباع المريض جنسيا ، وتنوب مناب هذا الاشباع ان كان المريض محروما منه في الحياة السوية .

تذكروا فعل مريضتنا الاولى التسلطي . فالمرأة محرومة من زوجها الذي تحبه حبا جما ، وان كانت لا تستطيع مشاطرته الحياة لقصوره وضعفه . فعليها ان تقيم على وفائها له ، والا تسعى الى الاستعاضة عنه بأي رجل آخر . وعرضها الوسواسي يوفر لها ما تصبو اليه : فهو يعلي من شأن زوجها ، وينفي ويصحح ضعفه ، وفي المقام الاول عنته . وما هذا العرض في صميمه الا اشباع لرغبة ، تماما كما في الاحلام ، بل ما هو الا اشباع لرغبة ايروسية ، وهذا ليس شأن الحلم دوما . اما عن مريضتنا الثانية فقد تسنى لكم على الاقل ان تروا ان الهدف الذي ترمي اليه من فعلها الطقسي هو الحؤول دون الاتصال الجنسي بين والديها تفاديا لولادة طفل جديد . وقد رأيتم ايضا ان مريضتنا تنزع في صميمها ، بطقسها هذا ، الى الحلول محل امها . اذن فالهدف هنا ، كما في الحالة الاولى ، ازالة العوائق التي تعترض الاشباع الجنسي وتحقيق رغبات ايروسية . اما التعقيدات التي المعت اليها في حالة هذه المريضة ، فلي إليها عودة عما قليل .

توضيحا وتبريرا لما سأفرضه لاحقا من تقييد على عمومية اطروحاتي ، الفت نظركم من الان الى ان كل ما قلته هنا عن الكبت وتكوين الاعراض ومدلولها قد استخلصته من تحليل ثلاثة اشكال من العصاب : الهستيريا الحصرية ، والهستيريا التحولية ، والعصاب الوسواسي ، ولا ينطبق الا على هذه الاشكال الثلاثة في المقام الاول . هذه الامراض الثلاثة ، التي درجت بنا العادة على جمعها في فئة واحدة تحت اسم عام هو «الاعصبة التحويلية» ، تعيّن ايضا حدود المجال الذي يمكن للتحليل النفسي ان ينشط

فيه . اما الاعصبة الاخرى فلم تحظ من جانب التحليل النفسي بمثل هذه الدراسة المعمقة . واستعصاء طائفة منها على كل تدخل علاجي كان هو السبب في تنحيتها واهمالها .. ولا تنسوا ان التحليل النفسي لا يزال علما فتيا ، وان التمكن به يقتضي جهدا ووقتا كثيرا ، وانه منذ فترة غير بعيدة لم يكن له بعد سوى نصير واحد . غير ان المحاولات جارية على قدم وساق في كل مكان للولوج الى كنه تلك الامراض الاخرى التي لا تندرج في فئة الاعصبة التحويلية بغية فهم طبيعتها . وآمل ايضا ان اتمكن من ان اعرض لكم ما طرا على فرضياتنا ونتائجنا من تطور بحكم تطبيقها على هذه المواد الجديدة ، اذ افضت هذه الدراسات الجديدة لا الى دحض مكتسباتنا الاولى ، بل الى تكوين رؤية اعم وارقى . وبما ان كل الذي ذكرناه هنا ينطبق على الاعصبة التحويلية الثلاثة في المقام الاول ، فسأسمح لنفسي بأن ارفع من شأن الاعراض ومدلولها باطلاعكم على تفصيل جديد . فالدراسة المقارنة للعلل المسببة لهذه الامراض الثلاثة تتمخض عن نتيجة محددة يمكن ان تلخصها الصيغة التالية : ان هؤلاء المرضى يكابدون **حرمانا** ، اذ يضن عليهم الواقع باشباع رغباتهم الجنسية . وكما ترون ، فان التوافق كامل بين هاتين النتيجتين . واجدى طريقة لفهم الاعراض ان نعدها اشباعا بديلا ، الغرض منه ان ينوب مناب الاشباع الذي تضن به الحياة الطبيعية .

من الممكن بعد بلا ريب توجيه اعتراضات كثيرة الى الاطروحة القائلة بأن الاعراض العصابية اعراض بديلة . وسأكب الان على مناقشة اثنين من هذه الاعتراضات . فلو انكم اجريتم بأنفسكم الفحص التحليلي النفسي على عدد من المرضى ، فلربما قلتم لي بشيء من اللوم : ثمة طائفة بكاملها من الحالات لا تصدق عليها اطروحتك ؛ وهي حالات يبدو ان للأعراض فيها غرضا معاكسا ، هو بالتحديد استبعاد الاشباع الجنسي او إبطاله . ولن اماري

في صحة تأويلكم . فالاشياء تتكشف في كثير من الاحيان في التحليل النفسي على درجة من التعقيد اكبر مما كنا نود . ولو كانت بسيطة ، فلربما ما احتجنا اصلا الى التحليل النفسي لاكتناه سرها . وبالفعل ، ان بعض أجزاء الفعل الطقسي الذي تؤديه مريضتنا الثانية تنم عن ذلك الطابع الزهدي ، المناوىء للاشباع الجنسي ، وعلى سبيل المثال عندما تستبعد الساعات بمختلف انواعها ، وهذا فعل سحري تحسب انه يعفيها من الانتعاظ الليلي ، او عندما تريد الحؤول دون سقوط الاوعية وتحطمها ، آملة بذلك ان تحفظ بكارتها . وكان هذا الطابع السالب اشد بروزا ايضا في حالات طقسية اخرى سابقة للرقاد تسنى لي تحليلها ؛ ففي بعضها كان الطقس برمته يتألف من تدابير واجراءات وقائية لدفع الذكريات والاغراءات الجنسية . بيد ان التحليل النفسي أبان لنا غير مرة ان التعارض ليس على الدوام تناقضا . وبوسعنا اذا شئنا ان نوسع من نطاق أطروحتنا بأن نقول ان هدف الاعراض إما تأمين اشباع جنسي واما تحاشيه وصده ، علما بأن الطابع الموجب باتجاه الاشباع هو الغالب في الهستيريا ، بينما الغالب في العصاب الوسواسي هو الطابع السالب ، الزهدي . ولئن صح ان الاعراض يمكن ان تفيد سواء أفي الاشباع الجنسي ام في نقيضه ، فان هذا الفرض المزدوج او هذه القطبية تجد تفسيرها في اوالية لم يتسن لنا بعد الكلام عنها من أواليات تكوين الاعراض . فالاعراض ، كما سنرى ، هي نتيجة لتسوية بين ميلين متعارضين ، وهي تعبر عما كبت كما عما كان السبب في الكبت وعما ساهم بالتالي في ظهور الاعراض . ومن الممكن ان يتم الابدال لصالح احد هذين الميلين اكثر منه لصالح الآخر ، ولكن من النادر ان يتم لصالح احدهما دون الآخر . وفي الهستيريا يفصح القصدان عن نفسيهما في اغلب الاحيان بعرض واحد ؛ وفي العصاب الوسواسي يحدث انفصال بين كلا القصدين : فيكون ظهور العرض على مرحلتين ، ويتألف من فعلين متعاقبين ،

واحدهما يبطل الآخر .

ولن يكون سهلا علينا الى هذا الحد ان نبدد شكا آخر ونقشعه. فلو استعرضتم عددا من تأويل الاعراض ، لملتم في أرجح الظن الى القول انه من الشطط والغلو التطلع الى تفسيرها جميعها بالاشباع البديل للرغبات الجنسية . ولن تتوانوا عن الاشارة الى ان هذه الاعراض لا تقدم للاشباع اي عنصر فعلي ، وانها تقتصر في اغلب الاحيان على تنشيط احساس ما او تمثيل صورة مغرية ذات صلة بعقدة جنسية . وسترون فضلا عن ذلك ان التلبية الجنسية المزعومة تتسم في كثير من الاحيان بطابع صبياني وشائن، او تشابه فعل استمناء ، او تذكر بتلك العادات المستكرهة التي ننهي عنها الاولاد ونسعى الى حملهم على الاقلاع عنها . وعلاوة على ذلك ستبدون عن عجبكم اذ ترونا ندرج في عداد الاشباع الجنسي ما لا يصح وصفه الا بأنه اشباع لرغبات قاسية او مستفظعة ، بله رغبات مجافية للطبيعة . وسيكون من المتعذر علينا ان نتفق على النقاط الاخيرة هذه ما لم نخضع حياة الانسان الجنسية لفحص معمق ، وما لم نحدد ما هو مباح لنا ان نعده **جنسيا** من دون ان نجازف بالوقوع في الخطأ .

المحاضرة العشرون

حياة الانسان الجنسية

قد يحسب الواحد منا ان الناس جميعا متفقون على المعنى الذي ينبغي ان يعطى لمفهوم «جنسي» . أفليس الجنسي في المقام الاول ما هو غير محتشم ، وما لا يجوز الكلام عنه ؟ وقد سمعت، في ما سمعت ، ان تلاميذ طبيب مشهور للامراض العقلية ارادوا مرة ان يقنعوا معلمهم بأن أعراضَ المهسترين لها في اغلب الاحيان طابع جنسي ، فاقتادوه الى سرير مريضة بالهستيريا كانت نوباتها تحاكي بلا مراء عملية الولادة . فلما راى الاستاذ ذلك قال بازدراء : «ليس للولادة طابع جنسي» . ولا جدال في ان الولادة ليست على الدوام وبالضرورة فعلا غير محتشم .

ستلوموني في ارجح الظن على ركوبي مركب المزاح والتفكه بصدد اشياء هي من الجد في منتهاه . لكن ما ذكرته لكم يبعد عن

ان يكون مزاحا وتفكها . اذ ان مضمون كلمة «الجنسي» غير قابل بسهولة للتعريف . وقد يقول احدكم ان كل ما له صلة بالفوارق التي تفصل بين الجنسين هو جنسي ، لكن هذا تعريف مبهم بقدر ما هو فضفاض . ولو اخذتم بعين الاعتبار الفعل الجنسي في المقام الاول ، فلربما قلتم ان الجنسي هو كل ما يتصل بطلب اللذة من جسم الجنس الآخر ، وعلى الاخص من اعضائه التناسلية ، وبالاختصار ، كل ما يتصل بالرغبة في المجامعة واتمام الفعل الجنسي . وبهذا التعريف تقتربون من اولئك الذين يماثلون بين ما هو جنسي وبين ما هو غير محتشم ، وسيكون من حقكم ان تقولوا ان الولادة لا تنطوي على شيء جنسي : الكن لو جعلتم من الانجاب نواة الجنسية ، لجازفتم بأن تستبعدوا من تعريفكم طائفة من الافعال لا جدال في طبيعتها الجنسية وان لم يكن الانجاب هدفها ، ومنها مثلا الاستمناء او حتى القبلة . لكننا نعرف من قبل ان كل محاولة للتعريف لا مفر من ان تترتب عليها إشكالات ؛ وليس لنا ان نأمل ان الحال ستختلف فيما نحن بصدده . ولنا ان نشتبه بأنه حدث ، في مجرى تطور مفهوم «الجنسي» ، شيء كان من نتيجته ، على حد تعبير هـ. سيلبرر البديع ، «خطأ بالإخفاء والكتمان» . على اننا لو اخذنا لكل شيء حسابه لما وجدنا انفسنا في حيرة تامة مما يعنيه الناس بقولهم « جنسي » .

ان تعريفا يأخذ في اعتباره الفارق بين الجنسين ، والمتعة الجنسية ، ووظيفة الانجاب ، والطابع اللامحتشم لطائفة من الافعال والمواضيع الواجبة الاخفاء ــ نقول : ان تعريفا كهذا قد يكون كافيا لسد جميع الحاجات العملية في الحياة الجارية . لكن العلم لا يسعه ان يقنع به . فقد امكن لنا ، بفضل الابحاث الدقيقة التي اقتضت من الافراد الذين أجريت عليهم قدرا عظيما من التجرد ومن السيطرة على النفس ، أن نعاين وجود فئات بأسرها من الاشخاص تختلف «حياتهم الجنسية» اختلافا لافتا

للنظر عن التصور الدارج والمألوف . فبعض هؤلاء «المنحرفين» قد شطبوا من برنامجهم ، ان جاز القول ، الفوارق بين الجنسين ؛ فليس الا لأفراد من جنسهم ان يثيروا رغباتهم الجنسية ؛ أما أفراد الجنس الآخر ـ واحيانا الاعضاء التناسلية للجنس الآخر ـ فلا يتسمون في نظرهم بأية سمة جنسية ، بل قد يكونون ، في بعض الحالات المشتطة ، مثارا لتقززهم . وغني عن البيان ان هؤلاء المنحرفين قد عزفوا عزوفا تاما عن المشاركة في عملية الانجاب . ونحن نطلق على هؤلاء الاشخاص اسم الجنسيين المثليين Homosexuels او المنقلبين Invertis . وهم رجال ونساء تلقوا في اكثر الاحيان ـ لا دائما ـ تعليما وتربية لا غبار عليهما ، ومستواهم الاخلاقي والفكري رفيع ، وليس بهم سوى هذا الشذوذ المؤسف لا غير . وهم يصورون انفسهم ، بلسان ممثليهم العلميين ، على انهم نوع خاص من البشر ، «جنس ثالث» له ما للجنسين الآخرين من حقوق . وربما سنحت لنا الفرصة لوضع ادعاءاتهم هذه على محك التمحيص النقدي . وهم لا يؤلفون بطبيعة الحال ، كما قد يميلون الى الايحاء لنا بذلك ، «صفوة» البشرية ؛ ففي عدادهم افراد تافهون وعديمو الفائدة مثلما في عداد اصحاب الحياة الجنسية السوية .

ان سلوك هؤلاء المنحرفين ازاء موضوعهم الجنسي لا يكاد يختلف عن سلوك الاسوياء من الناس ازاء موضوعاتهم الجنسية. غير انه تلي هؤلاء طائفة من غير الاسوياء ينأى نشاطهم الجنسي بتزايد مطرد عما يعده الانسان المدرك مقبولا ومرغوبا . ولا يسعنا ان نقارن هؤلاء ، بتنوعهم وفرادتهم ، الا بالمسوخ الشائهة البشعة التي قدمت لإغواء القديس انطونيوس (١) في لوحة ب. بروغل(٢)،

---

١ ـ انطونيوس الكبير : من عظماء النساك (٢٥١ ـ ٣٥٦) ، من مواليد صعيد مصر ، تنسك وصار له أتباع كثيرون وقاوم ، حسبما جاء في سيرة =

او بالآلهة والمؤمنين الذين طوتهم يد النسيان من احقاب بعيدة والذين صوّرهم غ. فلوبير (٣) وهم يمرون في موكب طويل امام عيني راهبه الورع . وخليطهم هذا يستدعي تصنيفا ، وإلا لتعذر علينا ان نهتدي الى سواء السبيل . واننا لنقسمهم الى فئتين : فئة يختلفون عن أسوياء الناس بموضوعهم الجنسي ، ومنهم الجنسيون المثليون ، وفئة من ينشدون هدفا جنسيا مغايرا للهدف الذي ينشده الاسوياء . وينتمي الى الفئة الاولى من عزف عن مزاوجة الاعضاء التناسلية المتقابلة واستبدل العضو التناسلي لشريكه في الفعل الجنسي بجزء آخر او منطقة اخرى من الجسم . ولا يهم ان يكون هذا الجزء او المنطقة غير مؤات ، من حيث بنيته، للفعل المشار اليه : فأفراد هذه الفئة يضربون صفحا عن هذا الاعتبار ، وكذلك عن العائق الذي قد ينشأ عن الاحساس بالتقزز (فهم يستبدلون المهبل بالفم او بالشرج) . وينتمي الى هذه الفئة ايضا من يلتمس تلبيته من الاعضاء التناسلية ، لا لوظائفها الجنسية ، وانما لوظائف اخرى تشارك هذه الاعضاء في ادائها لاسباب تشريحية او بحكم الجوار . فوظائف الاخراج Excrétion ، التي تسعى التربية الى ان تدخل في روع الطفل انها غير محتشمة ، تحتكر لدى هؤلاء الافراد الاهتمام الجنسي بأسره. ويضاف الى هؤلاء من عزف عزوفا تاما عن الاعضاء التناسلية

= حياته ، عددا لا يحصى من التجارب . لقب بأبي الرهبان . ـم ـ

٢ ـ بطرس بروغل : الملقب بالجهنمي (نحو ١٥٦٤ ـ ١٦٣٨) رسام فلمنكي من أسرة من مشاهير الرسامين ، صوّر حرائق ومشاهد مأساوية وجحيمية. ـم ـ

٣ ـ غوستاف فلوبير : اديب فرنسي (١٨٢١ ـ ١٨٨٠) ، مؤلف «مدام بوفاري» ذات الاتجاه الواقعي ، وله قصة بعنوان «تجربة القديس انطونيوس» (١٨٧٤) استوحاها من حياة الناسك المصري المشهور . ـم ـ

كمواضيع للتلبية الجنسية .ورفع الى هذه المنزلة اجزاء اخرى من الجسم لا صلة لها بها : كثدي المراة او قدمها او ضفيرتها . بل ثمة أفراد آخرون لا يسعون حتى الى اشباع رغبتهم الجنسية عن طريق اي جزء من اجزاء الجسم ؛ وانما يكفيهم شيء مما تستعمله المراة في لباسها وزينتها : حذاؤها ، قطعة من ملابسها الداخلية ، الخ . انهم التميميون (٤) Fétichistes . ولنذكر اخيرا طائفة من يشتهي فعلا الموضوع الجنسي الكامل والسوي ، لكنه يتطلب منه اشياء محددة ، غريبة او مستفظعة ، حتى ليود لو يتحول حامل الموضوع الجنسي المشتهى الى جثة هامدة ، ولا يقدر على الاستمتاع به ما لم يضع دافعه الاجرامي موضع تنفيذ. لكن كفانا هذا القدر من المقابح !

تتألف الفئة الكبيرة الاخرى من المنحرفين من افراد جعلوا هدف رغباتهم الجنسية ما لا يعدو ان يكون لدى الاسوياء فعل اعداد وتمهيد . فهم يجسون ويلمسون الشخص من الجنس الآخر ، ويحاولون اختلاس النظر الى الاجزاء الخفية والحميمة من جسمه ، او يكشفون عن الاجزاء الخفية من اجسامهم ، على امل ان يقابلهم الآخرون بالمثل . وتلي هؤلاء زمرة الساديين (٥) الذين يحتار الناس في امرهم والذين لا يعرفون من لذة سوى لذة انزال

---

٤ ـ التميمية (وحرفيا الفيتيشية) : مصطلح اقتبسه التحليل النفسي عن الاتنولوجيا ، وهو مشتق من التميمة (او الفيتيشو باللغة البرتغالية) ، وهي الشيء المسحور المعبود لدى قبائل البدائيين . والتميمة كما يرى فرويد بديل لقضيب المرأة المتوهم من قبل الصبي الصغير الذي يحدث عنده تثبيت على هذا التوهم . ـ م ـ

٥ ـ نسبة الى المركيز دي ساد ، الكاتب الفرنسي (١٧٤٠ ـ ١٨١٤) الذي ...ب روايات **(جوستين ، جولييت)** تستحوذ على أبطالها رغبة جهنمية في تعذيب الاخرين . ـ م ـ

الالم والعذاب بموضوعهم ، بدءا من الاذلال البسيط وانتهاء بالاضرار الجسمانية الفادحة ؛ ويناظرهم المازوخيون (٦) ، وهؤلاء لا لذة لهم الا في ان ينالهم من الموضوع المحبوب شتى صنوف الاذلال وضروب التعذيب ، سواء أفي شكل رمزي ام واقعي . وقد يجمع نفر آخر ويركّب بين عدد من هذه الميول اللاسوية ؛ لكن يتعين علينا ان نضيف ، على سبيل ختام التعداد ، ان كل فئة من هاتين الفئتين الكبيرتين اللتين استعرضناهما تنقسم الى فرعين كبيرين : فرع يضم الافراد الذين يلتمسون تلبيتهم الجنسية في الواقع ، وآخر يضم اولئك الذين تكفيهم من هذه التلبية صورتها، فبدلا من ان يلتمسوا موضوعا فعليا يركزون اهتمامهم كله على شيء من نسج خيالهم .

اما ان هذه الحماقات والغرائب والقبائح تمثل فعلا النشاط الجنسي للافراد المشار اليهم ، فهذه نقطة لا يمكن ان يرقى اليها الشك . وعلى هذا النحو اصلا يتصور هؤلاء الافراد مشاربهم وميولهم . قد يدركون احيانا انها بدائل ، لكن لا بد لنا من ان نضيف ، من جهتنا ، ان حماقاتهم وغرائبهم وفظائعهم تلعب في حياتهم عين الدور الذي يلعبه في حياتنا الاشباع الجنسي السوي ، وانهم يبذلون ، في سبيل الوصول الى تلبيتهم ، تضحيات مماثلة ـ وكبيرة جدا في الغالب ـ لما نبذله نحن ، واننا لو تقصينا جميع تفاصيل حياتهم الجنسية لأمكننا ان نكتشف النواحي التي تقترب فيها هذه الانحرافات من الحالة السوية ، وتلك التي تبتعد فيها عنها وتنأى . ولعلكم لاحظتم ان طابع اللاحشمة ، اللصيق بالنشاط الجنسي ، يشتط في هذه

---

٦ ـ نسبة الى الفارس ليوبولد فون ساشر مازوخ ، الكاتب النمساوي (١٨٣٦ ـ ١٨٩٥) الذي كتب قصصا وروايات **(السيدة ذات الفرو)** تنضح بالرغبة في تعذيب الذات . ـ م ـ

الانحرافات الى اقصى درجة ، الى نقطة تتحول عندها اللاحشمة الى خسة ودناءة .

والآن ما الموقف الذي يتعين علينا ان نقفه من هذه الطرق الخارقة للمألوف في التلبية الجنسية ؟ ان الاعلان عن استنكارنا لها ، والابداء عن تقززنا الشخصي منها ، والتوكيد بأننا بمنجاة من هذه الرذائل ، كل ذلك لا يغني شيئا ، وهو على كل حال غير مطلوب منا . فما هذه ، آخر الامر ، الا طائفة من ظاهرات تستدعي ان نحيطها بانتباهنا كغيرها من الظاهرات الاخرى . ولو احتمينا خلف التوكيد بأنها وقائع نادرة ، غرائب مثيرة للفضول ، لعرضنا انفسنا لتكذيب عاجل . ذلك ان الظاهرات التي هي موضع اهتمامنا هنا هي ، على العكس ، متواترة جدا ، وشائعة جدا . لكن او قيل لنا ان انحرافات الغريزة الجنسية هذه لا يجوز ان تضلنا عن تصورنا للحياة الجنسية بصفة عامة ، لكان ردنا جاهزا: فما لم نفهم هذه الاشكال المرضية من الجنسية ، وما لم نوضح علاقاتها بالحياة الجنسية السوية ، تعذر علينا ايضا ان نفهم هذه الاخيرة . زبدة القول ، تواجهنا هنا مهمة نظرية عاجلة ، وهي ان نجد تعليلا للانحرافات التي تكلمنا عنها ولصلاتها بالجنسية التي توصف بالسوية .

سنستعين على مهمتنا هذه بوجهة نظر وبملحوظتين جديدتين . فأما وجهة النظر فهي لايفان بلوخ Bloch الذي صحح التصور الذي يرى في هذه الانحرافات «علائم انحطاط» بأن اضاف القول ان هذا الحيدان عن الهدف الجنسي وهذه المواقف المنحرفة من الموضوع الجنسي كانت شائعة في جميع العصور المعروفة ، ولدى جميع الاقوام والشعوب ، سواء أكانت في المراحل الاولى من البدائية ام في أطوار متقدمة من الحضارة ، وكانت تقابل احيانا بتسامح واعتراف عامين . اما الملحوظتان ، فقد توصلنا اليهما في اثناء مباحثنا التحليلية النفسية عن العصوبين ، ومن شأنهما ان توجها تصورنا للانحرافات الجنسية

على نحو حاسم .

قلنا ان الاعراض العصابية اشباع بديل ، وقد ألمحت الى ان اثبات صحة هذه الاطروحة بتحليل الاعراض يصطدم بصعوبات شتى . ولا مبرر لأطروحتنا اساسا ما لم نشمل ب «الاشباع الجنسي» الحاجات الجنسية المسماة بالمنحرفة ايضا ، لان مثل هذا التأويل للاعراض يفرض نفسه علينا بتواتر مثير للدهش . أما ادعاء الجنسيين المثليين والمنقلبين انهم كائنات خارقة للمألوف فيتهافت ويتداعى من تلقاء نفسه حيال ما نشاهده من انه لا يوجد معصوب واحد لا نستطيع ان نبرهن على وجود ميول جنسية مثلية لديه ، وان عددا لا يستهان به من الاعراض العصابية ليس الا تعبيرا عن هذا الانقلاب الكامن . واولئك الذين يسمون انفسهم بأنفسهم جنسيين مثليين ما هم الا منقلبون واعون لانقلابهم الظاهر للعيان ، وعددهم ضئيل بالقياس الى عدد الجنسيين المثليين الكامنين . ونحن لا نجد بدا من ان نرى في الجنسية المثلية استطالة شبه مطردة للحياة الحبية ، واهميتها تتعاظم في نظرنا كلما تعمقنا في دراسة هذه الحياة . لا شك ان الفوارق بين الجنسية المثلية الظاهرة والحياة الجنسية السوية لا تنتفي بنتيجة ذلك ؛ فلئن نقصت القيمة النظرية للجنسية المثلية الظاهرة نقصانا كبيرا بحكم ذلك ، فان قيمتها العملية تبقى كما هي . بل لقد ثبت لنا ان البارانويا ، التي لا يسعنا تصنيفها في فئة الاعصبة التحويلية، تنشأ في الاغلب عن محاولة دفاعية للتغلب على اندفاعات جنسية مثلية بالغة العنف . ولعلكم تذكرون ان احدى مريضتينا كانت تتقمص ، عند ادائها فعلها الوسواسي ، شخصية زوجها الذي تعيش منفصلة عنه ، وأعراض تمثيل دور الرجل . هذه حالات كثيرة التواتر لدى النساء العصابيات. ومع اننا لا نستطيع ان نتحدث هنا عن جنسية مثلية بملء معنى الكلمة ، الا ان هذه الحالات تنطوي بكل تأكيد على بعض شروطها .

ان العصاب الهستيري ، كما تعلمون في الارجح ، يستطيع ان يفصح عن أعراضه في جميع اجهزة الجسم ، وان يشوش بالتالي الوظائف كافة . ويكشف لنا التحليل في هذه الحالات عن تظاهر لجميع الميول المسماة بالمنحرفة والساعية الى استبدال الاعضاء التناسلية بأعضاء اخرى لتقوم بدور اعضاء تناسلية بديلة . ودراسة الاعراض الهستيرية تحديدا هي التي اتاحت لنا الوصول الى تصورنا القائل ان جميع اعضاء الجنس تؤدي ، علاوة على وظيفتها السوية ، دورا جنسيا ، شهويا Erogène ، قد يغدو في بعض الاحيان غالبا فيحدث خللا في الاشتغال الوظيفي السوي . والكثرة الكثيرة من الاحاسيس والتعصيبات Innervations التي تتمركز ، بصفتها اعراضا هستيرية ، في اعضاء لا صلة لها في الظاهر بالجنسية ، تميط لنا اللثام على هذا النحو عن طبيعتها الحقيقية : فهي بمثابة اشباع لرغبات جنسية منحرفة ، اشباع قامت فيه بدور الاعضاء الجنسية اعضاء اخرى. وهنا تسنح لنا الفرصة لنعاين كثرة الحالات التي تصبح فيها اعضاء امتصاص الاغذية وأعضاء الإخراج ، حاملة لاثارات جنسية. وهذه هي عين الملاحظة التي كنا لاحظناها بصدد الانحرافات ، مع فارق وحيد وهو ان الظاهرة التي هي موضع اهتمامنا تتجلى في الانحرافات بلا عناء ومن دون ان يخطئها التقدير ، بينما يتوجب علينا في الهستيريا ان نبدأ اول الامر بتأويل الاعراض ، ثم ان نرد الميول الجنسية المنحرفة الى اللاشعور ، بدل ان نعزوها الى شعور الفرد .

ان اهم الاعراض الكثيرة التي يتظاهر بها العصاب الوسواسي هي تلك التي تنجم عن ضغط ميول جنسية سادية عاتية ، وبالتالي منحرفة عن هدفها ؛ وهذه الاعراض تقوم ، وفق بنية العصاب الوسواسي ، بدور وسيلة دفاعية لتحاشي هذه الرغبات ، او تعبر عن الصراع بين ارادة الاشباع وارادة الدفاع . لكن الاشباع نفسه، بدل ان يسلك أقصر طريق، يتمكن من الافصاح عن نفسه في سلوك

المرضى بطرق شديدة الالتواء ، بل انه يؤثر ان يرتد على شخص المريض بالذات ، فاذا بهذا ينزل بنفسه صنوفا شتى من التعذيب. ومن الاشكال الاخرى لهذا العصاب تلك التي نستطيع ان نصفها بالراصدة ، وتتميز بتجنيس Sexualisation مسرف لأفعال ما هي في الحالات السوية الا تمهيد للاشباع الجنسي : فالمرضى يطيب لهم ان ينظروا ويلمسوا وينقبوا . وفي هذا ما يفسر لنا الاهمية البالغة التي يتلبسها احيانا لدى هؤلاء المرضى الخوف من كل ملامسة او كذلك هوس الاغتسال . وليس لكم ان تشتبهوا في مدى كثرة الافعال الوسواسية التي تمثل تكرارا او تحويرا مقنّعا للاستمناء الذي يصاحب ، كما نعلم ، بوصفه فعلا وحيدا مطردا ، مختلف أشكال الشذوذ الجنسي .

من السهل علي ، لو شئت ، تعداد الوشائج التي تربط الانحراف بالعصاب ، لكن ما ذكرته لكم كاف لما نرمي اليه . على انه يتعين علينا ان نحاذر المبالغة في اهمية اعراض الميول المنحرفة وفي وجود هذه الميول وشدتها لدى الانسان . لقد سمعتم ان الحرمان من الاشباع الجنسي السوي يمكن ان يفضي الى تكوين عصاب . فالحاجة تسلك في هذه الحال طرق الاشباع اللاسوي. وسوف ترون فيما بعد كيف تجري الاشياء في هذه الحالات . لكنكم تفهمون من الان ان الميول ، التي صارت منحرفة من جراء هذا الكبت «الجانبي» ، لا بد ان تظهر أشد عنفا مما لو لم تعترض اية عقبة واقعية سبيل الاشباع الجنسي السوي . ونحن نلحظ على كل حال تأثيرا مماثلا فيما يتصل بالانحرافات الظاهرة . فهذه الانحرافات تستثار او تنشَّط في الحالات التي يرتطم فيها الاشباع الجنسي السوي بعقبات كأداء غير قابلة للتذليل بحكم ظروف طارئة او شروط اجتماعية دائمة . وغني عن البيان ان الميول المنحرفة تكون في حالات اخرى مستقلة عن الظروف او الشروط القمينة بأن تيسّر ظهورها ، وتؤلف بالنسبة الى الافراد

الذين تظهر عندهم الشكل الطبيعي لحياتهم الجنسية .

ربما ساوركم انطباع بأننا ، بدلا من ان نجلو العلاقات بين الجنسية السوية والجنسية المنحرفة ، لم نزدها الا خلطـا وتشويشا . لكن ليقر في اذهانكم ما يلي : لئن صح أن الميـول المنحرفة تظهر لدى الاشخاص المحرومين من امكانية الظفر باشباع جنسي سوي ، وأنها لولا هذا الحرمان لما كانت ظهرت ابدا ، فلا مناص لنا من التسليم بأنه يوجد لدى هؤلاء الاشخاص على كل حال شيء كان يهيئهم مقدما لهذه الانحرافات ، او ان شئتم فلنقل ان هذه الانحرافات كانت موجودة لديهم في حالة كمون . فـان سلمنا بذلك نصل الى ثانية الملحوظتين اللتين سبقت لي الاشارة اليهما . فقد وجد المبحث التحليلي النفسي نفسه مكرها علـى توجيه اهتمامه الى حياة الطفل الجنسية ايضا ، وقد قسره على ذلك كون الذكريات والخواطر التي تتوارد الى اذهان الافراد اثناء تحليل أعراضهم ترتد بالتحليل دوما وأبدا الى الاعوام الاولى من طفولة هؤلاء الافراد . وجميع الاستنتاجات التي صفناها بصدد هذه الواقعة قد أثبتت صحتها بندا بندا الملاحظات والمشاهدات المباشرة على الاطفال . وقد ثبت لنا ان جميع الميول المنحرفة تؤثل جذورها في الطفولة ، وان الاطفال يحملون في انفسهم القابليات والاستعدادات المسبقة لهذه الميول التي يفصحون عنها بالقـدر الذي يتمشى مع عدم نضجهم ، وبالاختصار ، ان الجنسيـة المنحرفة ليست شيئا آخر سوى الجنسية الطفلية وقد تضخمت وتفككت الى ميولها الخاصة .

هذه المرة سترون الى الانحرافات من زاويـة اخرى ، ولن يسعكم بعد الان ان تتجاهلوا صلاتها بحياة الانسان الجنسية . لكن كم يستأديكم ذلك من مفاجآت وخيبات مؤلمة ! ستنزعون بادىء الامر الى انكار كل شيء : ستنكرون ان يكون لدى الاطفال شيء يستأهل اسم الحياة الجنسية ، وستنكرون صحة ملاحظاتـي وحقي في ان ارى في سلوك الاطفال صلة قربى بما نصمه لدى

الاشخاص الاكبر سنا بأنه انحراف . اسمحوا لي اذن اولا بأن افسر لكم اسباب مقاومتكم ، قبل ان انتقل في مرحلة ثانية الى عرض مجمل ملاحظاتي عليكم . فأما الزعم بأن الاطفال لا حياة جنسية لهم — لا اثارات جنسية ولا حاجات جنسية ولا اي نوع من الاشباع الجنسي — وبأن هذه الحياة تستيقظ لديهم على نحو مباغت في ما بين الثانية عشرة والرابعة عشرة من العمر ، فزعم لا يعدله في بعد الاحتمال ، بل في التهافت والسخف من وجهة النظر البيولوجية — وهذا بصرف النظر عن كل ملاحظة اخرى — سوى الزعم بأن الاطفال يولدون بلا اعضاء تناسلية ، وبأن هذه الاعضاء لا تظهر لديهم الا في سن البلوغ . والحق ان ما يستيقظ لدى الاولاد في تلك السن هي وظيفة التناسل التي تستخدم ، لتحقيق اهدافها ، جهازا جسمانيا ونفسانيا موجودا من قبل . وانكم لتقعون في الخطأ اذ تخلطون بين الجنسية والتناسل ، وبهذا الخطأ تسدون على انفسكم المنفذ الى فهم الجنسية والانحرافات والاعصبة . بيد ان هذا الخطأ ذو دلالة ومغزى . والعجيب ان مصدره يكمن في انكم كنتم بدوركم اطفالا ، فتعرضتم بهذه الصفة لتأثير التربية . فالمجتمع يرى ان من مهامه الاساسية ، مـن وجهة نظر التربية، ان يلجم الغريزة الجنسية حين تتظاهر كحاجة الى الانجاب ، وان يحدها ، وأن يخضعها لارادة فردية ممتثلة للقسر الاجتماعي ، اذ ان سلطان التربية على الطفل يتلاشى حالما يكتمل هذا التطور . ولو تظاهرت الجنسية في سن مبكرة اكثر مما ينبغي ، لحطمت الحواجز كافة ولطوحت بجميع النتائج التي ما امكن الحضارة الوصول اليها الا بعد طول لأي وعناء . ومهمة لجم الحاجة الجنسية ليست بحال من الاحوال سهلة ؛ فتارة تكبح كبحا مجاوز الحد ، وطورا يكون لجمها يسيرا فلا يفي بالمطلوب . والاساس الذي يقوم عليه المجتمع البشري هو ، في التحليـل الاخير ، من طبيعة اقتصادية : فنظرا الى ان هـذا المجتمع لا

تتوفر له الوسائل الكافية لاعاشة اعضائه من دون ان يعملوا ويكدحوا ، يجد نفسه مضطرا الى تحديد عدد اعضائه والى تحويل اتجاه طاقتهم من النشاط الجنسي الى العمل . وتلكم هي بالتحديد الحاجة الحيوية الخالدة ، هذه الحاجة التي ولدت مع الانسان ولا تزال الى اليوم قائمة .

لقد علمت التجربة المربين ، ولا بد ، ان مهمة تطويع الارادة الجنسية للجيل الناشىء غير قابلة للتحقيق الا اذا حملوا الاطفال منذ نعومة أظفارهم ، وبدون انتظار هبوب عاصفة البلوغ ، على اخضاع حياتهم الجنسية لانضباط يكون بمثابة تمهيد لانضباط سن الرشد . ولهذا حظروا على الاطفال جميع النشاطات الجنسية الطفلية ، وصرفوهم عنها ، يراودهم في ذلك امل مثالي في ان يجعلوا حياتهم لاجنسية ؛ وقد انتهى بهم الامر رويدا رويدا الى الاعتقاد بأن حياة الاطفال لاجنسية فعلا ، وهو اعتقاد أيده العلم الرسمي وثبّته . وتحاشيا لمخالفة المعتقدات الراسخة في اذهانهم والمرامي التي ينشدونها ، غضوا النظر عن نشاط الطفل الجنسي واهملوه — وهذا موقف ليس بالسهل الهين — او اكتفوا على صعيد العلم بتصوره تصورا مغايرا لما هو عليه حقا . فقد افترضوا الطهر والبراءة بالطفل ، ومن وصفه بغير هذا الوصف اتهموه بانتهاك المحرّمات وبالتطاول الدنس على ارقّ عواطف الانسانية واقدسها .

والاطفال هم وحدهم الذين لم ينخدعوا بهذه الاوهام والاختلاقات ؛ فهم يجهرون بكل سذاجة بحقوقهم اللاسوية ، ويدللون في كل لحظة وآن على ان طريق الطهر لا يزال بالنسبة اليهم في أوله لم يقطعوا منه شوطا . والعجيب ان اولئك الذين ينكرون الجنسية الطفلية لا يتخلون ، رغم هذا الانكار ، عن سلاح التربية ، ولا يتوانون عن ادانة تظاهرات ما ينكرونه أصرم الادانة دامغين اياها بأنها «عادات سيئة» . والامر الذي له اهميته البالغة من الناحية النظرية ، علاوة على ذلك ، ان السنوات الخمس او الست الاولى من الحياة ، وهي المرحلة التي لا يصدق

عليها بحال من الاحوال الحكم المسبق عن لاجنسية الطفولة ، يلفها لدى اكثر الناس ضباب من النسيان لا يفلح في قشعه سوى التنقيب التحليلي ، وان كان لا يمتنع ، كما ثبت ذلك من قبل ، على بعض تشكيلات الاحلام .

والآن سأعرض عليكم أوضح ما يتجلى لنا حين ندرس حياة الطفل الجنسية . ولمزيد من الايضاح سأستأذنكم بأن اشرح هنا مفهوم **الليبيدو** . فالليبيدو ، المشابه للجوع بوجه عام ، يشير الى القوة التي تتظاهر بها الغريزة الجنسية ، مثلما يشير الجوع الى القوة التي تتظاهر بها غريزة امتصاص الغذاء . وثمة مفاهيم اخرى ، كالاثارة والتلبية الجنسيتين ، لا تحتاج الى شرح وتفسير. وسوف ترون ، وقد تقلبون هذه الحجة علي ، ان نشاطات الرضيع الجنسية تفتح للتأويل حقلا لا نهاية له . ويكون الوصول الى هذه التأويل عن طريق اخضاع الاعراض لتحليل نكوصي . فأولى تظاهرات الجنسية التي تتجلى لدى الرضيع ترتبط بوظائف حيوية اخرى . فاهتمامه الرئيسي ينصب ، كما تعلمون ، على امتصاص الغذاء . فحين ينام على صدر امه وقد اصاب حظا موفورا من ثديها ، بدا عليه من امارات الرضى والارتياح نظير ما سيبدو منها لاحقا حين سيفوز بالتلبية الجنسية . غير ان هذا وحده لا يكفي لنخلص منه الى نتيجة محددة . لكننا نشاهد ان الرضيع ينزع على الدوام الى معاودة امتصاص الغذاء ، لا لانه لا تزال به حاجة اليه، بل لمجرد تكرار حركات الرضاعة . فنقول عنه حينئذ انه «يمصمص» . ويتابع على هذا المنوال الى ان يأخذه النوم من جديد وقد بدا عليه الاغتباط ، مما يدلنا ان فعل المص وفر له بحد ذاته لذة ومتعة . *وينتهي به الامر في العادة الى الا يستطيع النوم من دون ان يمصمص . وكان د. لندنر Lindner ، طبيب الاطفال من بودابست ، هو اول من اكد الطبيعة الجنسية لهذا الفعل . ويبدو ان الاشخاص الذين يبذلون العناية للطفل ، ولا

يتكلفون الاخذ بموقف نظري ، يصدرون على هذا الفعل حكما مشابها . فهم يدركون حق الادراك انه لا غرض له سوى تأمين لذة ومتعة ، ويعدونه من قبيل «العادات السيئة» ، فاذا ابى الطفل ان يقلع بطوع نفسه عن هذه العادة ، عملوا على تحريره منها بأن يقرنوها بانطباعات كريهة . هكذا نرى ان الرضيع يؤدي أفعالا لا يرمي منها الى غرض آخر غير الظفر بلذة . ونحن نعتقد انه يشعر بهذه اللذة لاول مرة وهو يرضع الحليب ، لكنه سرعان ما يتعلم ان يفصلها عن هذا الشرط . ونرجع هذا الاحساس اللذي الى منطقة الفم والشفتين ، ونسمي هذه المنطقة **منطقة شهوية** ، ونعد اللذة المتأتية عن فعل المص لذة **جنسية** . ولنا عودة بكل تأكيد الى مناقشة مشروعية هاتين التسميتين .

لو كان الرضيع يملك ان يفصح عما يشعر به ، لصرح بلا شك ان مص ثدي الأم هو الفعل الاهم في الحياة . ولن يكون مخطئا كل الخطأ في قوله هذا ، لانه يلبي عن طريق ذلك الفعل حاجتين كبريين من حاجات الحياة . وليس لنا الا ان نفجأ بعض الشيء حين يكشف لنا التحليل النفسي عن عمق الاهمية النفسية لهذا الفعل الذي تبقى آثاره مدى الحياة . ويغدو فعل مص ثدي الأم نقطة الانطلاق للحياة الجنسية بأسرها ، والمثل الاعلى الذي يعز ادراكه في كل تلبية جنسية لاحقة والذي يصبو اليه الخيال في ساعات الحاح الحاجة واشتداد الحرمان . هكذا يؤلف ثدي الأم الموضوع الاول للغريزة الجنسية . ولست مستطيعا ـ ولو حاولت ـ ان أعطيكم فكرة كافية عن اهمية هذا الموضوع الاول في كل نشدان لاحق للمواضيع الجنسية ، وعن عمق ما له من تأثير ، بكل تحولاته واستبدالاته ، في اقصى مضامير حياتنا النفسية وأنأى مناطقها . الكن الطفل لا يعتم ان يذر مص ثدي الأم ليستعيض عنه بجزء من جسمه بالذات . فيطفق يمص ابهامه او لسانه . وبذلك يتدبر لنفسه لذة ، من دون ان تكون به حاجة الى موافقة العالم الخارجي ؛ ثم ان التجاءه الى منطقة ثانية من جسمه يزيد

في شدة تهيجه . ولا تتساوى جميع المناطق الشهوية في فعاليتها؛ ولذا فانه لحدث بالغ الاهمية في حياة الطفل حين يكتشف ، لدأبه على تجسس جسمه ، الاجزاء القابلة للتهيج اكثر من غيرها ، اي اعضاءه التناسلية ، وهكذا يهتدي الى الطريق الذي لا بد ان يقوده يوما الى الاستمناء .

لقد وقفنا ، في معرض تنويهنا بأهمية فعل المص ، على خاصتين اساسيتين للجنسية الطفلية . فهذه الجنسية ترتبط باشباع الحاجات العضوية الكبرى ، كما ان مسلكها **ايروسي ذاتي**، اي ان الرضيع يلتقي مواضيعها في جسمه بالذات . وما ظهر بأجلى الوضوح في فعل امتصاص الغذاء يتكرر جزئيا في فعل الإخراج . ونستنتج من ذلك ان اطّراح البول ومحتوى الامعاء هو عند الطفل مصدر لذة ومتعة ، وانه سرعان ما يعمل على تنظيم هذه الافعال بحيث يتأتى له منها اكبر قدر ممكن من اللذة ، بفضل ما يصاحبها من تهييج المناطق الشهوية في الاغشية المخاطية . فاذا ما وصل الى هذا الطور بدا له العالم الخارجي ، بحسب ملاحظة لو اندرياس (٧) Lou Andreas الثاقبة ، أشبه بعقبة ، بقوة مناوئة لالتماسه اللذة والمتعة ، تكون له بمثابة اشارة الى ما ينتظره في المستقبل من صراعات خارجية وداخلية . فهذا العالم يمنعه من التخلص من فضلاته كيف ومتى ما شاء ؛ ويرغمه على التقيد بتعليمات غيره من الاشخاص . ولحمله على العزوف عن مصادر المتعة هذه يلقى في ذهنه ان كل ما له صلة بوظيفتي التبول والتغوط غير محتشم ، وينبغي ان يحجب عن الانظار . وبذا يضطر الى التخلي عن اللذة باسم الوقار الاجتماعي . والحق

٧ ـ لو اندرياس ـ صالومي : كاتبة المانية ، صديقة لفرويد ، وبينهما تراسل . ـم ـ

ان الطفل لا يشعر في بادىء الامر بأي قرف من فضلاته ، بل يعدها جزءا من جسمه ، ولا يفترق عنها الا كارها ، ويود ان يستخدمها كـ «هدية» اولى يختص بها من يحبهم من الاشخاص ويقدمهم على غيرهم . وحتى بعد ان تفلح التربية في تحريره من هذه النوازع ، يصب على «هداياه» و«نقوده» القيمة التي كان يضفيها على فضلاته . ثم انه يظل يتباهى بوجه خاص بتجلياته في مضمار فعل التبول .

أشعر انكم تغضبون انفسكم حتى لا تقاطعوني وتصيحوا بي : «بحسبنا هذه المقابح ! كيف لك ان تزعم ان التغوط مصدر للاشباع الجنسي يرده حتى الرضيع ! وان البراز مادة ثمينة ، والشرج نوع من الاعضاء الجنسية ! هذا ما لا نملك ان نصدقه ابدا ؛ واننا لنفهم على كل حال لماذا لا يريد المربون واطباء الاطفال ان يسمعوا بالتحليل النفسي او بنتائجه» . هدّئوا من روعكم . فقد نسيتم اني ما حدثتكم عن حقائق الحياة الجنسية الطفلية الا من حيث صلتها بوقائع الانحرافات الجنسية . فما الداعي لان لا تعلموا ان الشرج ينوب فعلا مناب المهبل في العلاقات الجنسية لدى كثرة من الراشدين ، سواء أكانوا من ذوي الجنسية المثلية ام الغيرية ؟ وما الداعي لان لا تعرفوا أن هناك اشخاصا يبقى فعل التغوط لديهم ، على مدى حياتهم ، مصدرا للذة لا يستهينون به ؟ أما اذا شئتم ان تعلموا ما يثيره فعل التغوط من اهتمام لدى الآخرين وما يمكن ان يبتعثه من متعة لدى الناظرين منهم اليه ، فما عليكم الا ان تتوجهوا بالسؤال الى الاطفال انفسهم حين يتقدم بهم العمر قليلا ويقتدرون على الكلام عن هذه الاشياء . وغني عن البيان انه يتعين عليكم ان تحاذروا تخويف هؤلاء الاطفال ، لانكم لو فعلتم فلن تظفروا منهم بشيء . اما فيما يتصل بالاشياء الاخرى التي لا تريدون ان تصدقوها ، فأحيلكم الى نتائج تحليل الاطفال واخضاعهم للملاحظة المباشرة ؛ وأؤكد لكم انه لا بد ان يصدر المرء عن سوء نية حتى لا يرى هذه الاشياء او حتى يراها على غير ما هي عليه .

ولست ارى من محذور ان ادهشكم ما أصادر عليه من صلة قربى بين النشاط الجنسي الطفلي والانحرافات الجنسية ، مع العلم ان هذه صلة طبيعية تماما : فان تكن للطفل حياة جنسية ، فلا مناص من ان تكون من طبيعة منحرفة ، على اعتبار انها تفتقر ، خلا بعض الاشارات المبهمة ، الى كل ما من شأنه ان يحيل الجنسية الى وظيفة انجاب . ومن جهة اخرى ، فان السمة المميزة للانحرافات جميعا جهلها بالهدف الاساسي للجنسية ، اي التناسل . وبالفعل ، ان صفة الانحراف تطلق على كل نشاط جنسي يعزف عن الانجاب ويطلب اللذة كهدف مستقل عن التناسل . ومن هذا تفهمون ان خط الفصل ونقطة الانعطاف في تطور الحياة الجنسية ينبغي البحث عنهما في تبعية هذه الاخيرة لغايات التناسل . فكل ما يحدث قبل هذا الانعطاف ، وكل ما لا يقع في اطاره ، وكل ما يفيد في طلب اللذة مفصولة عنه ، يسمى بذلك الاسم غير المحبذ: «الانحراف» ، ويحاط بهذه الصفة بالازدراء .

دعوني اذن أمضي في عرضي السريع الجنسية الطفلية . فكل ما قلته بصدد جهازين من اعضاء الجسم يمكن ان يكمَّل بسحبه على اجهزة اخرى . فحياة الطفل الجنسية تشتمل على مجموعة من الميول الجزئية ، كل ميل منها يعمل مستقلا عن سواه ويستخدم ، بغرض الوصول الى المتعة ، إما جسم الطفل ذاته واما مواضيع خارجية . ولا تلبث الاعضاء الجنسية ان تحتل مكانة الصدارة بين جملة الاعضاء التي يدور عليها النشاط الجنسي للطفل : فثمة اشخاص لا يعرفون مصدرا آخر للمتعة الجنسية غير اعضائهم التناسلية الخاصة ، وذلك منذ طور الاستمناء اللاواعي في طفولتهم الاولى الى الاستمناء القصدي في بلوغهم ، وقد يمتد هذا الموقف عند بعضهم الى ما بعد البلوغ بزمن طويل . وعلى كل ، ليس الاستمناء واحدا من الموضوعات التي يمكن استيعابها بسهولة ، بل يفسح في المجال على العكس لتأملات

شتى .

بالرغم من حرصي على اختصار عرضي الى اقصى حد مستطاع ، اراني مضطرا الى ان احدثكم قليلا عن فضول الاطفال الجنسي ايضا . فهذا الفضول صفة مميزة بارزة للجنسية الطفلية ، وينطوي على اهمية بالغة من منظور علم أعراض الاعصبة. يبدأ الفضول الجنسي لدى الطفل في زمن مبكر ، وربما قبل السنة الثالثة احيانا . ولا تكون نقطة انطلاقه الفروق الفاصلة بين الجنسين ، اذ لا وجود لهذه الفروق في نظر الاطفال ، وبخاصة الذكور منهم : فهم يعزون الى كلا الجنسين اعضاء تناسلية واحدة ، هي اعضاء الجنس المذكر . فاذا ما اكتشف صبي لدى اخته او لدى زميلة له في اللعب وجود المهبل ، بادر اول الامر الى انكار شهادة حواسه ، لانه لا يستطيع ان يتصور مخلوقا انسانيا محروما من ذلك العضو الذي يعلق عليه رفيع القيمة . ولا يلبث ، في طور لاحق ، ان يتراجع مذعورا امام الاحتمال الذي يتكشف له ، ويبدأ بالاحساس بتأثير بعض التهديدات التي كانت توجَه اليه على اسرافه بالاهتمام بعضوه الصغير . وهنا يقع تحت سلطان ما أسميناه ب «عقدة الخصاء» ، التي يؤثر شكلها على طباعه اذا ظل سليما سويا ، وعلى عصابه اذا ما ألمّ به المرض ، وعلى مقاوماته حين يخضع لمعالجة تحليلية . اما فيما يتعلق بالبنت الصغيرة ، فنعلم انها تعد حرمانها من قضيب طويل منظور علامة من علائم دونيتها ، وانها تحسد الصبي على امتلاكه هذا العضو ، وانه تنبعث لديها من جراء ذلك رغبة في ان تكون ذكرا ، وان هذه الرغبة ذات دور في العصاب الذي قد تقع ضحية له لاحقا بنتيجة اخفاقها في اداء رسالتها كأنثى . ويلعب البظر بالاصل لدى البنت الصغيرة دور القضيب ، ويكون محطا لقابلية تهيج كبيرة ، والعضو الذي منه تظفر البنت بالاشباع الايروسي الذاتي. فاذا ما تحولت البنت الصغيرة الى امراة كانت علامة هذا التحول الفارقة انتقال هذه الحساسية برمتها وفي الوقت المرام من البظر

الى باب المهبل . وفي حالات الخدار الجنسي لدى المرأة يحافظ البظر على حساسيته كاملة (٨) .

ينصب اهتمام الطفل الجنسي في المقام الاول على معضلة معرفة المصدر الذي منه يأتي الاولاد ، اى على المعضلة التي تختفي وراء اللغز الذي يطرحه ابو الهول الثيبي (٩) ، وغالبا ما يستيقظ هذا الاهتمام من جراء الخوف الاناني الذي يبتعثه مقدم طفل جديد . والجواب الذي درجت العادة على اجابة الصغار به — وهو ان اللقلق هو الذي يأتي بالاطفال — لا يستقبله هؤلاء في اغلب مما نظن ، بمن فيهم صغارهم ، الا بالارتياب والشك . وشعور الطفل بأن الاشخاص الكبار يخدعونه يسهم بقسط موفور في انعزاله وفي تنمية استقلاله . غير ان الطفل ليس يقدر على ان يجد حلا لهذه المعضلة بوسائله الخاصة . فتكوينه الجنسي غير المتطور بعد بما فيه الكفاية يرسم حدودا لقدرته على المعرفة . فهو يسلّم اول الامر بأن الاطفال يأتون الى الحياة من جراء تناول الطعام ممزوجا بمواد خاصة ، ويكون جاهلا بعد بأن النساء هن وحدهن القادرات على الانجاب . وعندما يعلم بهذه الحقيقة في زمن لاحق، يطرح عنه التفسير الذي يعزو ولادة الاطفال الى تناول اطعمة خاصة ويعده ضربا من الحكايات الخرافية . ثم لا يلبث الطفل ان يدرك ، متى ما كبر قليلا ، ان الاب يلعب دورا ما في ظهور اطفال

---

٨ — ربما تجدر الاشارة الى ان فرضية «شهوة القضيب» لدى المرأة ، ورهن بلوغها بتحولها من بنت بظرية الى امرأة مهبلية ، هما اليوم موضع اعتراض نصيرات تحرر المرأة ، علاوة على انهما موضع نقد من قبل العديد من علماء النفس والتحليل النفسي وعلماء الجنسية . —م—

٩ — نسبة الى مدينة ثيبة الاغريقية حيث كان موضع ابي الهول الذي يطرح على اوديب في مسرحية سوفوكلس سؤاله المشهور . —م—

جدد ، لكنه يظل عاجزا عن تحديد هذا الدور . واذا اتفق له ان ضبط مشهد فعل جنسي ، رأى فيه محاولة غصب وصراعا وحشيا : وذلك هو التصور السادي الخاطىء عن الجماع . بيد انه لا يقيم صلة ارتباط مباشر بين هذا الفعل وبين قدوم اطفال جدد . وان وقع نظره على اثر دم في فراش امه او على لباسها الداخلي ، اكتفى بأن يرى فيه دليلا على العنف الذي مارسه الاب معها . وفي طور لاحق يأخذ بالاشتباه بأن عضو الرجل التناسلي يلعب دورا اساسيا في ولادة اطفال جدد ، لكنه يبقى عاجزا عن ان يعزو الى هذا العضو وظيفة اخرى غير افراغ البول.

يجمع الاطفال في البداية على الاعتقاد بأن ولادة الطفل تكون عن طريق الشرج . ولا يتخلون عن هذه النظرية ويستعيضون عنها بأخرى تتوهم ان الطفل يولد من السرة التي تنفتح لهذا الغرض الا بعد ان ينصرف اهتمامهم عن ذلك العضو . او قد يجعلون من منطقة القص ، اي ما بين الثديين ، الموضع الذي يكون منه ظهور الوليد . هكذا يقترب الطفل ، في تقصياته ، من الحقائق الجنسية ، او يضله جهله فيسهو عنها ويغفل الى ان يأتيه تفسيرها في السنوات السابقة للبلوغ مباشرة ، فيصحو من غفلته الاولى، لكن هذا التفسير غالبا ما يكون ناقصا ، احباطيا ، فيكون له فيه اثر كأثر الرضة .

لقد تناهى الى أسماعكم في أرجح الظن قول من يقول ان التحليل النفسي توسع توسعا مسرفا في مفهوم الجنسية كيما تستقيم أطروحاته عن العلية الجنسية للاعصبة وعن الاهمية الجنسية للاعراض . وقد تهيأت لكم الان القدرة لتحكموا بأنفسكم ان كان هذا التوسع له ما يبرره ام لا . والحق اننا لم نتوسع في مفهوم الجنسية الا بالقدر الذي يكفي ليستوعب ايضا الحياة الجنسية للمنحرفين وللاطفال . وبعبارة اخرى ، اننا لم نزد على

ان رددنا اليه سعته الحقيقية . اما ما نقصد بالجنسية خارج نطاق التحليل النفسي فهو الجنسية التي ضيِّق عليها الخناق ، الجنسية التي لا غرض لها سوى خدمةُ التناسل ، وبالاختصار ، ما يسمى بالحياة الجنسية السوية .

المحاضرة الحادية والعشرون

تطور الليبيدو والتنظيمات الجنسية

يتراءى لي اني لم افلح في اقناعكم الى الحد الذي كنت اتمنى بما للانحرافات من اهمية في تصورنا للجنسية . وعليه سأعمد هنا الى تشذيب ما ذكرته لكم بصدد هذا الموضوع وتحسينه واستكماله بقدر الامكان .

لا يذهب بكم الظن ان الانحرافات وحدها هي التي حدت بنا الى تعديل مفهوم الجنسية على ذلك النحو الذي عاد علينا بأعنف معارضة . فدراسة الجنسية الطفلية كان لها في هذا التعديل قسط أوفر ايضا ، ولقد كان اتفاق النتائج التي تحصلت لنا من دراسة الانحرافات ودراسة الجنسية الطفلية حاسما بالنسبة الينا . غير ان تظاهرات الجنسية الطفلية ، مهما تكن صريحة سافرة لدى الاطفال المتقدمين في مدارج الطفولة قليلا ، تبدو في

بادىء الامر محاطة بضباب الابهام واللاتعين . وأولئك الذين لا يقيمون وزنا للتطور وللعلاقات التحليلية سينكرون عليها لا محالة كل طابع جنسي ، وسيعزون اليها بالاحرى طبيعة غير متمايزة . ولا تنسوا انه ليس بحوزتنا بعد قرينة معترف بها من الجميع تتيح لنا التحقق من الطبيعة الجنسية لسيرورة من السيرورات ؛ ونحن لا نعرف من هذا المنظور الا وظيفة التناسل التي تقدم قولنا ان التعريف الذي تسلِم اليه اضيق مما ينبغي . اما المعايير البيولوجية كتلك الدورات التي تتكرر بمعدل ٢٣ و٢٨ يوما على ما يذهب اليه ف. فليس (١) Fliess ، فلا تزال موضع خلاف شديد ؛ كما لا تزال الخصائص الكيمياوية للسيرورات الجنسية ، وهي خصائص نشتبه في وجودها ، تنتظر من يميط اللثام عنها . أما انحرافات الراشدين الجنسية فهي ، على العكس ، شيء ملموس، ولا يكتنفها اي لبس وإبهام . وكما تدل تسميتها المقبول بها من الجميع ، فانها تنتمي بلا مراء الى الجنسية . وسواء اوصفت بأنها علائم انحطاط وانحلال أم لم توصف بهذا ، فلم يجرؤ احد بعد على تصنيفها في غير عداد ظاهرات الحياة الجنسية . ولو لم يكن ثمة وجود الا للانحرافات وحدها ، لكانت كافية الى حد بعيد لتسوغ لنا التوكيد بأن الجنسية والتناسل لا يتطابقان ، اذ من المعلوم ان كل انحراف هو بمثابة نفي للغايات التي يرمي اليها التناسل .

---

١ ـ فلهلم فليس : طبيب وبيولوجي برليني (١٨٥٨ – ١٩٢٨) ، ارتبط منذ عام ١٨٨٥ بصداقة حميمة مع فرويد ، وامتد التراسل بينهما من ١٨٨٧ الى ١٩٠٤ . والرسائل المتبادلة بينهما ذات اهمية بالغة في فهم المذهب الفرويدي وتحليل فرويد لنفسه . وقد وضع فليس نظرية صوفية في الحياة الجنسية ، سماها بنظرية الدورات ، وبناها على دورية الطمث لدى المرأة ، وتصور ان الدورية هي القانون الاساسي للنشاطات الحيوية لدى الانسان والحيوان ، وحتى للكون قاطبة . —م—

هنا ارى منفذا الى موازنة لا تخلو من طرافة وفائدة . ففيما يخلط اغلب الناس بين «الشعوري» و«النفسي» ، وجدنا انفسنا مضطرين الى التوسع في مفهوم «النفسي» والى الاعتراف بوجود نفس لاشعورية . كذلك يطابق بعض الناس بين «الجنسي» و«ما يتصل بالانجاب» ، او «التناسلي» بمختصر العبارة ، بينما لا نملك نحن الا ان نسلّم بوجود «جنسي» غير «تناسلي» ولا صلة له بالانجاب . والحال ان المطابقة المشار اليها شكلية صرف ولا ترتكز الى علل موجبة .

لكن ان كان وجود الانحرافات الجنسية ينهض حجة دامغة في هذه المسألة ، فكيف غفل الناس عن قوة هذه الحجة ، فبقيت المسألة منذ طويل الآماد بلا حل ؟ لست أملك جوابا عن هذا السؤال ، لكن يتراءى لي ان علة ذلك ينبغي ان نبحث عنها في ما احيطت به الانحرافات الجنسية من استهجان واستبعاد انعكس على النظرية وحال دون دراستها علميا . فلكأن الناس لا يرون في الانحرافات شيئا يبعث على التقزز فحسب ، بل شيئا فظيعا وخطرا ايضا ، فكأنهم يخافون ان يقعوا في حبال اغرائها او كأنهم مضطرون في حقيقة الامر الى ان يقمعوا في داخل انفسهم ، وإزاء حمَلة تلك الانحرافات ، غيرة دفينة من النوع الذي يصرح به القاضي الاقطاعي في المحاكاة الساخرة المشهورة الموضوعة على لسان تانهاوزر (٢) :

«في فينوسبرغ نسي الشرف والواجب !

ــ واأسفاه ! لم يكتب لي ان يقع لي شيء من هذا ابدا !» .

---

٢ ــ تانهاوزر : شاعر الماني (نحو ١٢٠٥ ــ ١٢٦٨) ، منشد جوال . له اغان واشعار غنائية ، صار بطلا خرافيا للقصص الشعبي ، ومنه الاوبرا المعروفة باسم **تانهاوزر** والتي وضع كلماتها وألحانها فاغنر سنة ١٨٤٥ . ــ م ــ

والواقع ان المنحرفين أناس مساكين بالاحرى ، يكفرون بأبهظ الثمن عن الاشباع الذي يلقون من العسر ما يلقونه في الظفر به .

ان ما يجعل من النشاط المنحرف نشاطا جنسيا لا مراء فيه، بالرغم من غرابة موضوعه وهدفه ، هو ان فعل الاشباع الجنسي ينتهي في أغلب الاحيان برعشة Orgasme كاملة وبقذف للسائل المنوي . وهذا لا يصدق بطبيعة الحال الا على الراشدين من الاشخاص ؛ اما لدى الاطفال فلا تكون الرعشة وقذف السائل المنوي بممكنين دوما ، بل تنوب منابهما ظاهرات يتعذر ان نعزو اليها على الدوام ، وعلى وجه اليقين ، طابعا جنسيا .

استكمالا لما قلته بصدد اهمية الانحرافات الجنسية ، أحرص على ان أضيف ما يلي ايضا . فبالرغم من الاستهجان الذي تحاط به ، وبالرغم من عمق الهوة التي يراد فصلها بها عن النشاط الجنسي السوي ، فليس لاحد ان يتعامى عن ملاحظة ان الحياة الجنسية السوية مشوبة بهذه السمة او تلك من سمات الانحراف. فالقبلة يمكن ان تنعت بأنها فعل منحرف ، لانها تتلخص في اتصال منطقتين فمويتين شهويتين ، بدلا من عضوين تناسليين من الجنسين المتقابلين . ومع ذلك لا يصد احد عن القبلة باعتبارها منحرفة ؛ بل هي مباحة ، على العكس ، على خشبة التمثيل المسرحي ، كتعبير مقنّع عن الفعل الجنسي . والحال ان القبلة تنقلب بسهولة الى فعل منحرف كامل اذا بلغت من الشدة حدا تصحبه رعشة وقذف للسائل المنوي ، وهذا شيء غير نادر الحدوث . ومن السهل ايضا ان نلاحظ ان تملي الموضوع الجنسي بالنظر وتقريه باليد هو عند بعض الاشخاص شرط لازم للمتعة الجنسية ، بينما لا يتمالك غيرهم انفسهم ، وهم في ذروة التهيج الجنسي ، عن قرص شريكهم وعضه ؛ ثم ان التهيج لدى العشاق بصفة عامة لا يبلغ اقصى مداه عن طريق الاعضاء التناسلية ، بل عن طريق منطقة اخرى ، أيا كانت ، من جسم

الموضوع . وبوسعنا ، لو شئنا ، ان نطيل لائحة هذه المشاهدات الى ما لا نهاية . وليس من المنطق في شيء ان نستبعد من فئة الاسوياء هؤلاء الاشخاص وأن ندرجهم في عداد المنحرفين لمجرد تظاهر هذه الميول بصفة جزئية لديهم . بل بات من الامور المسلّم بها بجلاء متعاظم ان الطابع الاساسي للانحرافات يكمن لا في تجاوزها الهدف الجنسي ، او في الاستعاضة عن الاعضاء التناسلية بغيرها ، او في تنويعها للموضوع ، بل بالاحرى في ثبات هذه الاعوجاجات وفي حصريتها ، مما يجعلها منافية للفعل الجنسي الذي هو شرط الإنسال . أما اذا لم تتدخل الافعال المنحرفة في انجاز الفعل الجنسي الا على سبيل التمهيد او التعضيد له ، فمن الظلم والجور ان نطلق عليها نعت الانحرافات . وغني عن البيان ان هذه الوقائع قمينة بأن تردم الى حد ما الهوة التي تفصل الجنسية السوية عن الجنسية المنحرفة . فمن هذه الوقائع يتأكد لنا على نحو لا مماراة فيه ان الجنسية السوية نتاج لشيء وجد قبلها ، وأنها لم يتسن لها ان تتكون الا بعد ان ازاحت بعض هذه المواد السابقة الوجود باعتبارها مواد غير قابلة للاستعمال وحافظت بالمقابل على المواد الباقية واستلحقتها بهدف الإنسال .

قبل ان نستخدم المعلومات التي حصّلناها بصدد الانحرافات لنشرع على ضوئها بدراسة جديدة معمقة للجنسية الطفلية ، أود ان ألفت انتباهكم الى فارق هام بين تلك وهذه . فالجنسية المنحرفة مركزة في العادة أشد التركيز ، وجميع تظاهرات نشاطها تنزع نحو الهدف نفسه ، وهو في غالب الاحيان واحد لا يتغير ؛ وفي العادة يتغلب احد الميول الجزئية على ما عداه فيتظاهر إما منفردا ، دون سائر الميول ، واما بعد ان يستلحق سائر الميول بغرضه الخاص . ولا يوجد ، من هذا المنظور ، من فارق آخر بين الجنسية السوية والجنسية المنحرفة سوى ذاك الذي يتمثل في الاختلاف بين ميولهما الجزئية الغالبة ، وبالتالي بين

اهدافهما الجنسية . وبوسعنا القول انه في كل منهما حكومة مستبدة محكمة التنظيم ، ولا اختلاف بينهما الا اختلاف الحزب الذي افلح في الامساك بزمام السلطة . وبالمقابل فان الجنسية الطفلية ، لو نظرنا اليها في جملتها لما وجدنا فيها لا مركزة ولا تنظيما ، ولرأينا ان جميع الميول الجزئية تتمتع بحقوق متماثلة ، وكل منها ينشد المتعة لحسابه الخاص . وغياب المركزة ووجودها يتمشيان بطبيعة الحال مع واقع ان الجنسيتين كلتيهما ، المنحرفة والسوية ، مشتقتان من الجنسية الطفلية . وثمة بالاصل حالات من الجنسية المنحرفة تشبه الجنسية الطفلية شبها اكبر بكثير ، بمعنى ان العديد من الميول الجزئية فيها تسعى الى اهدافها بصورة مستقلة عن الميول الاخرى وبلا اكتراث بها . غير ان هذه الحالات ادنى الى الطفالة Infantilisme الجنسية منها الى الانحرافات .

في مقدورنا الان ، وقد تهيأنا التهيؤ الكافي ، ان نتصدى لمناقشة اعتراض لا مناص من ان يوجّه الينا . فسوف يقال لنا: «لمَ تعاند في اطلاق اسم الجنسية على تظاهرات الطفولة هذه التي تقر انت نفسك بأنها غير قابلة للتحديد والتي لا تغدو جنسية الا في زمن لاحق ؟ لمَ لا تكتفي بالوصف الفيزيولوجي وحده ، فتقول بكل بساطة انه تلحظ لدى الرضيع نشاطات كالمص وإمساك الفضلات تدل فقط ان الطفل يلتمس اللذة التي يمكن له ان يستمتع بها عن طريق اعضاء معينة من جسمه ؟ فلو قلت ذلك لتحاشيت استفزاز مشاعر سامعيك وقرائك بما تعزوه من حياة جنسية الى الاطفال الذين راوا النور لتوهم» . من المؤكد انه ليس عندي اي اعتراض على احتمال ان تلتمس اللذات عن طريق هذا العضو او ذاك من اعضاء الجسم ؛ وانا اعلم ان اللذة الكبرى ، اللذة التي تتأتى من المجامعة ، ما هي الا لذة مصاحبة لنشاط الاعضاء الجنسية . لكن هل لكم ان تقولوا لي كيف ولماذا تتلبس هذه اللذة الموضعية ، اللامتمايزة في البداية ، ذلك الطابع الجنسي

الذي تتبدى به بلا مراء في أطوار النمو اللاحقة ؟ وهل معرفتنا ب «اللذة الموضعية للاعضاء» اوسع وافضل من معرفتنا بالجنسية؟ ستجيبونني بأن الطابع الجنسي يتبدى تحديدا يوم تطفق الاعضاء التناسلية تؤدي دورها ، ويوم يتطابق الجنسي مع التناسلي ويختلط به . وستدحضون الاعتراض الذي قد استمده من وجود الانحرافات بأن تقولوا لي ان هدف اغلب الانحرافات هو ، في خاتمة المطاف ، الظفر بالرعشة التناسلية ولو بطريق آخر غير طريق تزاوج الاعضاء التناسلية . وبالفعل ، انكم تحسّنون موقفكم تحسينا ملموسا باستبعادكم من خصائص الجنسية صلاتها بالإنسال ، وهي صلات تتنافى والانحرافات . وبذلك تنزلون بالإنسال الى مرتبة دنيا لتفسحوا مكانة الصدارة للنشاط الجنسي الصرف . لكن هنا يتضح ان الخلافات التي تباعد بيننا أضأل نطاقا مما تظنون : فنحن نضع فقط الاعضاء التناسلية بجانب غيرها من الاعضاء . فترى ماذا انتم فاعلون بالملاحظات والمشاهدات العديدة التي تدل على ان الاعضاء التناسلية يمكن استبدالها ، كمصدر للذة ، بأعضاء اخرى ، كما في القبلة العادية على سبيل المثال ، او كما في الممارسات المنحرفة عند بعض الداعرين ، او كما في أعراض الهستيريا ؟ وفي الهستيريا تحديدا كثيرا ما يحدث ان تنتقل ظاهرات التهيج والاحساس والإعصاب Innervation ، وحتى سيرورات الانتعاظ ، من الاعضاء التناسلية الى مناطق اخرى من الجسم ، غالبا ما تكون بعيدة عن الاولى (الرأس والوجه على سبيل المثال) . فاذا ما قر في أذهانكم على هذا النحو انه لم يبق لديكم شيء مما يمكن ان تتشبثوا به في تحديدكم خصائص ما تسمونه بالجنسي ، وجدتم انفسكم مكرهين على حذو حذوي وعلى توسيع مفهوم «الجنسي» ليشمل ايضا نشاطات الطفولة الاولى الملتمسة اللذة الموضعية التي من شأن هذا العضو او ذاك توفيرها.

ولسوف ترون اني محق تماما في ما اذهب اليه او اخذتم

في حسابكم الاعتبارين التاليين . فنحن نطلق ، كما تعلمون ، صفة الجنسية على النشاطات المبهمة غير القابلة للتحديد والساعية وراء اللذة في الطفولة الاولى ، وقد أرغمتنا على الاخذ بهذه النظرة المواد التي زودنا بها تحليل الاعراض والتي لا مراء في طبيعتها الجنسية . غير انكم قد تعترضون بالقول بأنه اذا كانت هذه المواد ذات طبيعة جنسية لا مراء فيها ، فليس يترتب على ذلك ان النشاطات الطفلية المتجهة نحو نشدان اللذة هي بدورها جنسية . أوافقكم . لكن لننظر في حالة مشابهة . افرضوا اننا لا نملك اية وسيلة لمراقبة نمو نباتين من ذوات الفلقتين ، كالكمثرى والفول مثلا ، ابتداء من نواة كل منهما ، وانه في وسعنا بالمقابل في كلتا الحالتين ان نتتبع نموهما بالطريق المعاكس ، اي ابتداء من الفرد النباتي المكتمل النمو وانتهاء بالجنين الاول الذي ليس له سوى فلقتين . فهاتان الاخيرتان تبدوان متماثلتين في كلتا الحالتين حتى ليصعب التمييز بينهما . فهل يتعين علينا ان نستنتج من ذلك ان هناك تطابقا فعليا ، وان الفارق النوعي القائم بين الكمثرى والفول لا يظهر الى حيز الوجود الا في وقت لاحق اثناء النمو ؟ أليس من الاصح ، من وجهة النظر البيولوجية ، التسليم بأن هذا الفارق موجود في الجنينين ، رغم التطابق الظاهر في الفلقات ؟ هذا بالضبط ما نفعله اذ نطلق صفة الجنسية على اللذة التي تتأتى من نشاطات الرضيع . أما معرفة ما اذا كان يتعين وصف جميع اللذات التي تتأتى عن الاعضاء بأنها جنسية او ما اذا كان هناك ، الى جانب اللذة الجنسية ، لذة اخرى من طبيعة مغايرة ، فتلك مسألة لا يسعني ان اناقشها هنا. وانا لا أعلم الا النزر اليسير عن اللذة التي تتأتى من الاعضاء وعن شروطها ، ولا عجب ان قادنا تحليلنا التراجعي في خاتمة المطاف الى عوامل غير قابلة للتحديد في الوقت الحاضر .

ثمة ملاحظة اخرى ! انكم لن تجتدوا ، في خاتمة الحساب، فائدة تذكر لصالح مدّعاكم عن طهر الطفل الجنسي ، حتى على

فرض انكم افلحتم في اقناعي بأن هناك اسبابا وجيهة تحملنا على الا نعتبر نشاطات الرضيع جنسية . ذلك ان حياة الطفل الجنسية لا تعود ، منذ السنة الثالثة ، موضعا لادنى شك . فابتداء من تلك السن تغدو الاعضاء التناسلية قابلة للانتعاظ ، بل كثيرا ما تلاحظ في ذلك العمر مرحلة استمناء طفلي ، اي اشباع جنسي . وتقطع التظاهرات النفسية والاجتماعية للحياة الجنسية دابر كل شك : اختيار الموضوع ، ايثار اشخاص معينين عاطفيا ، بل انحياز لصالح احد الجنسين واستثناء الآخر ، وغيرة ، وغير هذه من الوقائع التي لاحظها مراقبون غير متحيزين من خارج نطاق التحليل النفسي وقبل ظهوره ، والتي يمكن ان يتحقق من صحتها كل من به رغبة في رؤية الاشياء على حقيقتها . ستقولون لي انكم لم تماروا قط في الظهور المبكر للمحبة لدى الطفل ، غير انكم تشكون فقط في طابعها «الجنسي» . ومن المؤكد ان الاطفال في ما بين الثالثة والثامنة يكونون قد تعلموا كيف يخفون هذا الطابع ويموهونه ، لكنكم لو دققتم النظر لاكتشفتم قرائن كثيرة على الاغراض «الحسوية» لتلك المحبة ، وما قد لا يقع تحت ملاحظتكم المباشرة سيتضح بسهولة عقب استقصاء تحليلي . وترتبط الاهداف الجنسية في هذه المرحلة من الحياة ارتباطا وثيقا بالاستطلاع الجنسي الذي يشغل بال الاطفال في ذلك الطور نفسه والذي سقت لكم بضعة أمثلة منه . اما الطابع المنحرف لبعض هذه الاهداف فيجد تفسيره الطبيعي في عدم نضج تكوين الطفل الذي لا يكون قد اكتشف بعد الغاية التي يخدمها فعل التزاوج والمجامعة.

بين السادسة والثامنة من العمر يتوقف النمو الجنسي لفترة من الوقت او ينتكس ، وهذا الطور جدير بأن يسمى طور الكمون في الحالات السليمة والمؤائمة اجتماعيا . وطور الكمون هذا ليس محتما ، غير ان ظهوره لا يستتبع بالضرورة توقفا تاما للنشاطات وللاهتمامات الجنسية . وعندئذ تطوي يد النساية الطفلية اغلب

الاحداث والميول النفسية السابقة لطور الكمون ، فتسقط في لجة ذلك النسيان الذي تكلمنا عنه والذي يخفي عنا حداثتنا الاولى ويجعلنا عنها كالغرباء . ومهمة كل تحليل نفسي ان يحيي من جديد ذكرى ذلك الطور المنسي من الحياة ، ولا يسعنا ان نمسك عن الاشتباه بأن علة ذلك النسيان انما تكمن في بدايات الحياة الجنسية العائدة الى ذلك الطور ، وبأن النسيان بالتالي ناجم عن الكبت .

بدءا من السنة الثالثة تغدو حياة الطفل الجنسية مشابهة في كثير من وجوهها لحياة الراشد الجنسية ، ولا تتميز عن هذه الاخيرة الا بعدم وجود تنظيم محكم تحت زعامة الاعضاء التناسلية، وإلا بطابعها المنحرف الذي لا مرية فيه ، وبضعف شدة الغريزة اجمالا بطبيعة الحال . لكن الاطوار الاكثر اثارة للاهتمام ، من الناحية النظرية ، من النمو الجنسي ، او من تطور الليبيدو كما نؤثر ان نقول ، هي الاطوار السابقة لتلك المرحلة . فهذا التطور يتم بسرعة كبيرة ، مما لا يتيح للملاحظة المباشرة في الارجح ان توفق الى تثبيت صوره السريعة الزوال . وانما الدراسة التحليلية النفسية للاعصبة هي وحدها التي اتاحت لنا القدرة على اكتشاف أطوار أوغل في الزمن بعد في تطور الليبيدو . وصحيح ان هذه محض انشاءات نظرية ، غير ان الممارسة العملية للتحليل النفسي ستظهر لكم ان هذه الانشاءات ضرورية ونافعة . وسترون عما قليل لماذا يتأتى لعلم الحالات المرضية ان يكتشف هنا وقائع لا مجال لان تقع تحت ادراكنا في الحالات السوية .

بوسعنا الان ان نوضح المظهر الذي تتلبسه حياة الطفل الجنسية قبل ان تتوطد زعامة الاعضاء التناسلية ، تلك الزعامة التي يمهد السبيل لها في المرحلة الطفلية الاولى السابقة لطور الكمون والتي تعكف على تنظيم نفسها بمتانة وإحكام ابتداء من سن البلوغ . وعلى امتداد تلك الحقبة الاولى كلها يقوم ضرب من

تنظيم رخو نسميه بالتنظيم **القبتناسلي** . غير ان مكانة الصدارة في هذه الحقبة تشغلها لا الميول التناسلية الجزئية ، وانما الميول **السادية والشرجية** . ولا يلعب التعارض بين **المذكر والمؤنث** اي دور بعد ، بل نجد في مكانه التعارض بين **الموجب والسالب** ، وهو تعارض يمكننا اعتباره باكورة القطبية الجنسية التي لن يلبث اصلا ان يندمج بها في وقت لاحق . وكل ما يتبدى لنا في نشاطات تلك الفترة مذكرا ، ما دمنا ننظر اليه من منظور المرحلة التناسلية، يتكشف عن انه تعبير عن ميل الى السيطرة سرعان ما ينحط الى قسوة . وترتبط الميول السالبة الهدف بمنطقة الشرج الشهوية التي تلعب في ذلك الطور دورا هاما . وتتأكد بقوة الرغبة في النظر والاستطلاع ، بينما لا يشارك العامل التناسلي في الحياة الجنسية الا بوصفه عضوا مفرزا للبول . وليست المواضيع هي ما تفتقر اليه الميول الجزئية في تلك الحقبة ، غير ان هذه المواضيع لا يلتئم شملها بالضرورة لتؤلف موضوعا واحدا . ويشكل التنظيم السادي ـ الشرجي آخر طور تمهيدي يسبق الطور الذي تتأكد فيه زعامة الاعضاء التناسلية . والتعمق في الدراسة من شأنه ان يظهر لنا كم من عناصر هذا الطور التمهيدي تدخل في تكوين البنيان النهائي اللاحق ، وما الوسائل التي تقاد بها الميول الجزئية الى احتلال مكانها في التنظيم التناسلي الجديد . ونستشف خلف المرحلة السادية ـ الشرجية من تطور الليبيدو طورا تنظيميا ادنى الى البدائية ايضا ، تلعب فيه المنطقة الفموية الشهوية الدور الرئيسي . وفي مقدوركم ان تلاحظوا ان من جملة السمات المميزة الاخرى لتلك المرحلة النشاط الجنسي الذي يتجلى في فعل المص ؛ وليس لنا الا ان نعجب بعمق ادراك المصريين القدماء وبقوة ملاحظتهم اذ كان فنهم يصور الطفل ، بما فيه الطفل الالهي حورس ، وهو يضع اصبعه في فمه . وقد اوضح لنا

ابراهام (٣) مدى عمق آثار هذا الطور البدائي الفموي في الحياة الجنسية اللاحقة برمتها .

اني أخشى ان يكون كل ما ذكرته لكم عن التنظيمات الجنسية قد اتعبكم بدلا من ان ينوركم ويزيدكم علما بالموضوع . ومن الجائز ان أكون قد اغرقت في التفاصيل اكثر مما ينبغي . لكني اسالكم صبرا ؛ فستتسنى لكم الفرصة للتحقق من اهمية ما سمعتموه حين سنضعه موضع تطبيق لاحقا . وبانتظار ذلك ليقر في أذهانكم ان الحياة الجنسية ، او وظيفة الليبيدو كما نقول ، لا تبزغ مكتملة التكوين ، بل لا تتطور تطورا تبقى فيه مشابهة لنفسها ، وانما تجتاز سلسلة من أطوار متلاحقة لا يقوم بينها اي شبه ، ومن ثم فانها تتغير في تطورها عدة مرات ، على منوال ما يحدث للنغفة في تطورها لتصير فراشة . ونقطة الانعطاف في هذا التطور تكمن في وضع جميع الميول الجنسية الجزئية تحت زعامة الاعضاء التناسلية ، وبالتالي اخضاع الجنسية لوظيفة الانجاب . ففي بادىء الامر تكون الحياة الجنسية مفككة ، مؤلفة من عدد كبير من ميول جزئية ينشط كل ميل منها مستقلا عن سائر الميول ابتغاء للذة الموضعية التي تتأتى عن الاعضاء . غير ان هذه الفوضى تخفف من غلوائها الاستعدادات للتنظيمات «القبتناسلية» التي تفضي الى الطور السادي ـ الشرجي عبر الطور الفموي الذي ربما كان الطور الاكثر بدائية. يضاف الى ذلك سيرورات شتى ، لا نعرفها معرفة كافية ، تتكفل بالانتقال من طور تنظيمي الى طور تالٍ واعلى . وسنرى عما قريب ما لهذا التطور الطويل والتدريجي لليبيدو من اهمية في فهم الاعصبة .

---

٣ ـ كارل ابراهام : محلل نفسي الماني (١٨٧٧ ـ ١٩٢٥) ، من تلاميذ فرويد المخلصين ، نظم اول جمعية للتحليل النفسي في برلين سنة ١٩١٠ ، وراسل فرويد بين ١٩٠٧ و١٩٢٥ ، وله مؤلفات شتى . —م—

اما اليوم فسنتناول جانبا آخر من هذا التطور ، واعني الصلات بين الميول الجزئية والموضوع ، او اننا سنلقي بالاحرى نظرة خاطفة على هذا التطور لنتوقف من ثم مليا عند نتيجة من نتائجه المتأخرة . قلنا ان بعض العناصر المكونة للغريزة الجنسية تتجه من اول الامر الى موضوع تتشبث به بقوة ؛ ومن قبيل ذلك الميل الى السيطرة (السادية) ، والرغبة في النظر والاستطلاع . بينما لا يكون للعناصر الاخرى ، المرتبطة ارتباطا اوضح ببعض مناطق الجسم الشهوية ، من موضوع الا في البداية فحسب ، وذلك ما دامت تعتمد بعد على الوظائف غير الجنسية ، ثم لا تلبث ان تعزف عن هذا الموضوع متى ما انفصلت عن هذه الوظائف. وهكذا يكون الموضوع الاول للعنصر الفموي في الغريزة الجنسية هو ثدي الام الذي يشبع حاجة التغذية لدى الطفل . فالعنصر الايروسي ، الذي يستمد اشباعه من ثدي الام ، في نفس الوقت الذي يشبع فيه الطفل جوعه ، يفوز باستقلاله من خلال فعل المص الذي يتيح له ان ينسلخ عن الموضوع الخارجي وان يستعيض عنه بعضو او بمنطقة من جسم الطفل نفسه . ويغدو الميل الفموي **ايروسياً ذاتيا** ، كما تكون كذلك في البداية الميول الشرجية وغيرها من الميول الشهوية. اما التطور اللاحق فينشد ، بمختصر القول ، هدفين : ١ ـ العزوف عن الايروسية الذاتية ، اي استبدال الموضوع الذي هو جزء من جسم الفرد ذاته بموضوع آخر خارجي وغريب ؛ ٢ ـ توحيد المواضيع المختلفة للميول المتعددة والاستعاضة عنها بموضوع واحد اوحد . ولا يمكن ان تتحقق هذه النتيجة كاملة ، ولا ان تأتي مطابقة لتلك التي كان يستمدها من جسمه بالذات . كذلك فلا سبيل الى الظفر بها الا اذا جرى استبعاد عدد من الميول باعتبارها غير قابلة للاستعمال .

ان السيرورات التي تفضي الى اختيار هذا الموضوع او ذاك لعلى درجة من التعقيد ، ولم توصف بعد وصفا يبعث على

الرضى . وحسبنا ان نجلو الواقعة التالية : فحين تدرك الدورة الطفلية ، التي تسبق طور الكمون ، حدا معينا من الاكتمال ، يكون الموضوع المختار شبه مطابق لموضوع اللذة الفموية في الطور السابق . فلئن لم يعد هذا الموضوع هو ثدي الام ، فانه يكون الام نفسها على الدوام . وعلى هذا نقول عن الام انها الموضوع الاول **للحب** . ونحن نتكلم عن الحب تحديدا متى ما احتلت الميول النفسية للغريزة الجنسية مكانة الصدارة ، وكبتت بالمقابل او نسيت مؤقتا المطالب الجسمانية او «الحسوية» التي هي الاساس الذي تنهض عليه هذه الغريزة . ويوم تصير الام موضوعا للحب ، تكون عملية الكبت قد بدأت لدى الطفل ، ويكون من نتيجة هذه العملية حجب جزء من اهدافه الجنسية عن وعيه. ويرتبط بهذا الاختيار ، الذي يتخذ من الام موضوعا جنسيا ، كل ما اكتسب ، تحت اسم **عقدة اوديب** ، اهمية عظيمة في التفسير التحليلي النفسي للاعصبة ، وما ربما كان من اهم اسباب المقاومة التي قوبل بها التحليل النفسي .

استمعوا الى هذه الحادثة الصغيرة التي وقعت اثناء الحرب. فقد جند احد الانصار المتحمسين للتحليل النفسي طبيبا في مكان ما في بولونيا ، وقد لفت اليه انتباه زملائه بما ظفر به من نتائج لامتوقعة في معالجته احد المرضى . فلما سئل في هذا اقر بأنه يستخدم طرائق التحليل النفسي ، وابدى عن استعداده لتدريب زملائه عليها . فصار اطباء الفرقة ، من رؤسائه وزملائه ، يجتمعون كل مساء ليطلعهم على غوامض نظرية التحليل النفسي. وسارت الامور على احسن ما يرام لحين من الزمن ، ولكن لما شرع صاحبنا نصير التحليل النفسي يحدث سامعيه عن عقدة اوديب، نهض احد رؤسائه واعلن انه لا يصدق حرفا مما قاله ، وانه لا يجوز ان تسرد مثل هذه الاشياء على مسامع رجال شجعان ، هم ارباب أسر يقاتلون في سبيل وطنهم . واردف يعلن انه يحظر

مذذاك فصاعدا اية محاضرة عن التحليل النفسي . كانت هذه خاتمة القصة ، ولم يجد صاحبنا نصير التحليل النفسي مناصا من ان يطلب نقله الى قطاع آخر . وفيما يتعلق بي ، فاني ارى انه لخطب عظيم لو كان انتصار الالمان مرهونا بمثل هذا «التنظيم» للعلم ، واني لعلى يقين ان العلم الالماني لن يطيق على هـــذا التنظيم صبرا .

لا ريب انكم تتوقون الى معرفة ما كنه **عقدة اوديب** الرهيبة تلك . ان اسمها وحده يتيح لكم تخمينها . فانتم جميعا تعرفون الخرافة الاغريقية عن الملك اوديب الذي كتبت عليه الاقدار ان يقتل اباه ويتزوج أمه ، والذي فعل كل ما بوسعه فعله ليتفادى نبوءة العراف ، فلما لم يفلح عاقب نفسه بأن فقأ عينيه حالما ادرك انه ارتكب ، من غير علمه ، الجريمتين المتنبأ له بهما . وأرجح الظن ان الكثيرين منكم قد هزهم انفعال عنيف لدى مطالعتهم المأساة التي عالج فيها سوفوكلس هذا الموضوع . وتصور لنا تمثيلية الشاعر الآتيكي كيف اميط اللثام رويدا رويدا عن الجريمة التي اقترفها اوديب ، بعد تقص تعمد المؤلف اطالته وتنشيطه ببينات متجددة باستمرار : ومن هذا المنظور جاء العرض يشبه بعض الشبه طرائق التحليل النفسي. ومما ورد في الحوار ان جوكاستا، الأم ــ الزوجة التي أعماها الحب ، عارضت متابعة التحقيق والتقصي ، وعللت معارضتها بأن كثيرين من الرجال يرون في احلامهم انهم يعاشرون امهاتهم ، لكن الاحلام لا تستأهل اي اعتبار . أما نحن فلا نزدري الاحلام ، وعلى الاخص النمطية منها، اي تلك التي يراها كثرة من الناس ، ولا يخالجنا شك ان الحلم الذي اشارت اليه جوكاستا يرتبط وثيق الارتباط بمضمون الخرافة الغريب المروع .

انه لمما يبعث على العجب ألا تثير مأساة سوفوكلس لدى القارىء او المشاهد اي بادرة سخط واستنكار ، على حين قوبلت نظريات صاحبنا الطبيب العسكري التي لا يترتب عليها من

ضرر باستهجان أقل تبريرا بكثير . فهذه المأساة مسرحية لاأخلاقية في حقيقتها ، لانها تلغي مسؤولية الانسان ، وتعزو الى القوى الالهية الحض على الجريمة ، وتظهر للعيان عجز ميول الانسان الاخلاقية عن مقاومة الميول الاجرامية وردها . ولو ان شاعرا مثل يوريبيدس ، ليس بينه وبين الآلهة ود موصول ، هو الذي عالج مأساة اوديب ، لتحولت بسهولة بين يديه الى ذريعة للتشنيع على الآلهة وعلى الاقدار . لكن لا مجال لتشنيع كهذا لدى شاعر مؤمن مثل سوفوكلس ؛ فهو يتخلص من المأزق ببراعة ورعة ، باعلانه ان الاخلاقية السامية تقتضي الصدوع لمشيئة الآلهة ، حتى ولو امرت بالجريمة . وأنا لا ارى ان هذه الاخلاق هي مصدر من مصادر قوة المأساة ، لكنها لا تنال في شيء من تأثيرها . وليست هذه الاخلاق هي ما يستجيب له القارىء او المشاهد ، بل هو يستجيب لمغزى الخرافة الخفي ولمضمونها الغامض . يستجيب لهما كما لو انه يهتدي في داخل نفسه ، عن طريق التحليل الذاتي ، الى عقدة اوديب : فلكأنه يستشف في ارادة الآلهة وفي نبوءة العراف تنكيرا مثاليا المظهر للاشعوره الخاص ، ولكأنه يتذكر باستفظاع انه راودته هو نفسه رغبة في ازاحة ابيه والزواج من امه ، ولكأن صوت الشاعر يهيب به : «عبثا تتنكر لمسؤوليتك ، وعبثا تتذرع بكل ما فعلت وجاهدت لتلجم تلك المآرب الاثيمة . فخطيئتك تبقى خطيئتك ، لانك عجزت عن خنق تلك المآرب : فهي مقيمة في لاشعورك لم يخفت لها صــوت» . وهذه حقيقة سيكولوجية . فالانسان ، حتى ولو كبت نزعاته الشريرة في لاشعوره وتهيأ له انه مستطيع ان يقول انه ليس مسؤولا عنها ، يظل يراوده الشعور بهذه المسؤولية في صورة احساس بالخطيئة يجهل دوافعه .

لا جدال في ان عقدة اوديب ينبغي ان تعد مصدرا رئيسيا لهذا الاحساس بالتبكيت الذي يقض مضاجع المعصوبين في غالب

الاحيان . بل اكثر من هذا . ففي دراسة لي عن بدايات الدين والاخلاق البشرية نشرتها سنة ١٩١٣ بعنوان **الطوطم والتابو** ، صفت فرضية مؤداها ان عقدة اوديب هي التي بثت في البشرية في جملتها ، في مستهل تاريخها ، شعورها بالذنب ، الذي هو المصدر الرئيسي للدين والاخلاق . وكنت اود لو اطيل في الحديث وإياكم حول هذا الموضوع ، لكني أؤثر الا افعل . فمن العسير ان نترك هذا الموضوع الى غيره لو بدانا به ، وانا اتعجل العودة الى علم النفس الفردي .

ترى ماذا تكشفه لنا عن عقدة اوديب الملاحظة المباشرة للطفل في طور اختيار الموضوع ، قبل مرحلة الكمون ؟ لا يعسر علينا ان ندرك ان الغلام يريد ان يستأثر بأمه وحده ، وان حضور الاب يضايقه ، وانه يحرد حين يبدي الاب نحو الام توددا ، وانه لا يخفي سروره حين يكون الاب غائبا او مسافرا . وكثيرا ما يعرب عن مشاعره باللفظ والتصريح ، ويعد امه بالزواج منها . ورب قائل يقول ان هذه صبينات بالقياس الى افعال اوديب ، لكنها كافيةمن حيثهي وقائع، وهي لهذه الافعال بمثابة بذرةونواة. وقد يثير الحيرة في كثير من الاحيان ما يبديه الطفل في مناسبات اخرى من مودة كبيرة لأبيه ؛ لكن هذه الاتجاهات العاطفية المتعاكسة او بالاحرى المتناقضة وجدانيا Ambivalentes التي لا مناص من ان تتنازع فيما بينها فيما لو وجدت لدى الراشد ، تتعايش بسهولة ، ولامد طويل من الزمن ، لدى الطفل ، مثلما تتساكن جنبا الى جنب لاحقا ، وعلى نحو مستديم ، في اللاشعور. وقد يعترض بعضهم بأن موقف الصبي الصغير تفسره دوافع انانية ، ولا يبرر البتة فرضية عقدة ايروسية . فالأم هي التي ترعى حاجات الطفل جميعا ، ومن صالحه الا ينوب شخص آخر منابها في ذلك. وهذا بكل تأكيد صحيح ، غير انه سرعان ما يتضح ان الاهتمام الاناني في هذا الموقف ، كما في كثير من المواقف المشابهة ، لا يعدو ان يكون نقطة تعلق للميل الايروسي . فحين يبدي الطفل

تجاه امه فضولا جنسيا غير مستتر ، وحين يلح لينام بجانبها ليلا ، وحين يريد ان يشهدها مهما كلفه الامر وهي تغتسل ، بل حين يحاول اغراءها بوسائل لا تغيب عن ادراكها ، فتتحدث عنها للناس ضاحكة ، فان الطبيعة الايروسية للتعلق بالام تبدو هنا سافرة لا مراء فيها . ولا يجوز ان ننسى ان الام تحيط بالرعاية نفسها بنتها الصغيرة من دون ان تستثير لديها مفعولا مماثلا ، وان الاب ينافسها في كثير من الاحيان بما يبذله من عناية ورعاية الصبي الصغير ، من دون ان يفلح مع ذلك في ان يحظى في عينيه بأهمية مماثلة . خلاصة القول انه لا وجود لحجة نقدية يمكن بها نفي الايثار الجنسي عن الموقف . وحتى من وجهة نظر الاهتمام الاناني، فلن يكون الصبي الصغير قد دلل على ذكاء فيما لو تعلق بشخص واحد، هو الام، مع انه كان يستطيع بسهولة ويسر انينعم بتفاني شخصين اثنين في سبيله : الام والاب .

لعلكم لاحظتم اني لم أعرض سوى موقف الصبي الصغير من الاب والام . والحال ان موقف البنت الصغيرة مماثل له تماما ، على ان نأخذ في اعتبارنا التعديلات التي لا مناص منها . فالود الرقيق تجاه الاب ، والحاجة الى ابعاد الام التي يكون وجودها مصدر ضيق ، والغنج الذي يصطنع في وقت مبكر ما تصطنعه النساء من وسائل وفنون ، كل ذلك يرتسم لدى البنت الصغيرة على شكل صورة لطيفة ، اخاذة ، تنسينا ما قد يترتب على هذا الموقف الطفلي من عواقب جدية ، بل وخيمة . ولنضف بلا توان ان الوالدين نفسيهما غالبا ما يكون لهما تأثير حاسم في اذكاء عقدة اوديب في نفوس اطفالهما ، باستسلامهما من جانبهما للانجذاب الجنسي ، وذلك عندما يجهر الاب ، في الاسر التي يكثر فيها عدد الاطفال ، بإيثاره البنت الصغيرة ، بينما ينصب كل حنو الأم على الصبي الصغير . غير ان هذا العامل ، على اهميته ، لا ينهض حجة مضادة على الطبيعة العفوية لعقدة اوديب لدى الطفل . وهذه

العقدة تتوسع لتغدو «عقدة عائلية» عندما تكبر الاسرة بـــولادة اطفال آخرين . فالاطفال الاوائل يرون في هذه الولادة تهديـــدا لمراكزهم المكتسبة ، فلا يلاقون اخوتهم واخواتهم الجدد الا بازورار وبرغبة جامحة في التخلص منهم . بل ان الاطفال يفصحون عن مشاعر الكره هذه ويجهرون بها لفظا اكثر بكثير مما يعبرون عن المشاعر التي توحي بها اليهم «العقدة الوالدية» . فان اتفق ان تحققت رغبة الطفل الشريرة ، فاختطفت يد المنون بسرعة الوليد الدخيل ، أذكرا كان أم انثى ، امكن لنا ان نعاين ، عن طريـــق التحليل اللاحق ، كم كانت عظيمة اهمية هـــذا الموت في نفس الطفل ، حتى وان لم يحتفظ من هذه الحادثة بأي ذكرى . فالطفل، الذي تنزل به ولادة اخ او أخت الى المقام الثاني ، والذي يجد نفسه بالتالي شبه مهجور ، لا ينسى بسهولة هذا الهجران الذي يولّد في نفسه مشاعر وعواطف لو وجدت لدى الراشد لقيل عنـــه انه مر النفس ؛ ولا يعسر ان تغدو هذه المشاعر والعواطف منطلقا لنفور دائم من الام . وقد أسلفنا القول ان الفضول الجنسي ، بكل ما يترتب عليه من عواقب ، يرتبط تحديدا بهذه التجربة من الحياة الطفلية . فاذا ما شب الاخوة والاخوات عن الطوق ، طرأت على موقف الطفل منهم تغيرات بليغة الدلالة . فالصبي قد يحول الى اخته الحب الذي كان قد ساوره تجاه امه التي ساءه منها ، كل السوء ، عدم اخلاصها له . ومنذ عهد الحضانـــة يدب بين الاخوة في التفافهم حول الاخت الصغيرة لكسب رضاها تنافس عدائي يكون له دور خطير في حياتهم اللاحقـــة . كما ان البنت الصغيرة تحل اكبر اخوتها سنا محل ابيها الذي ما عاد يبدي لها من ضروب المحبة والعطف ما كان يبديه آنفا ، او قد تتخذ من اختها الاصغر منها بديلا عن الطفل الذي كانت قد تاقت بلا جدوى الى ان تنجبه من والدها .

تلك هي بعض الوقائع ، وبوسعي ان اسوق منها امثلة اخرى كثيرة تزودنا بها الملاحظة المباشرة للاطفال او يكشف لنا عنهـــا

التأويل اللاامتحيز لذكرياتهم التي تكون على درجة كبيرة مـــن الوضوح والجلاء ، من دون ان يكون للتحليل اي تأثـــير فيها . ويمكنكم ان تخرجوا من هذه الوقائع بنتائج كثيرة ، منها ان المكانة التي يشغلها الطفل في أسرة تضم عدة اطفال يكون لها أثر كبير في مسار حياته اللاحقة ، ولا بد ان تؤخذ بعين الاعتبار في كل سيرة حياة . غير ان الاهم من ذلك بكثير اننا ، حيال هذه التفاسير التي نظفر بها بلا لأي ولا مشقة ، لا نملك الا ان نبتسم عندما نتذكر كل الجهود التي بذلها العلم لتعليل حظر زنى المحارم . أفما قيل لنا ان الحياة المشتركة منذ عهد الطفولة من شأنها ان تصرف الانجذاب الجنسي للطفل عن اعضاء أسرته من الجنس المقابل ؟ أوَما قيل لنا ايضا ان الميل البيولوجي الى مجانبة الزواج بين ذوي قرابة العصب الواحد يجد تكملته النفسية في الاستفظاع الفطري احب المحارم ؟ والحال ان من قال هذا الكلام قد غاب عنه فقط انه لو صح ان الطبيعة تقيم في وجه اغراء المحارم حواجز منيعة ومأمونة، لانتفت اية حاجة الى تحظيره بواسطة قوانين صارمة واعراف . الواقع ان العكس هو الصحيح . فأول موضوع تتركز عليه رغبة الإنسان الجنسية موضوع يتصل بالمحارم ـــ الام او الاخت ـــ ، وهذا النازع الطفلي لا يقمع ويكبح الا بضروب بالغة الصرامة من الحظر . والحظر المفروض على حب المحارم لدى البدائيين الذين لا يزالون يعيشون الى اليوم ، ولدى الاقوام المتوحشة ، أشـــد صرامة مما هو عليه لدينا؛ وقد بيّن ت. رايك Th. Reik ، في دراسة بديعة ، ان طقوس البلوغ التي تقام لدى المتوحشين والتي تمثل اعادة البعث الى الحياة ، انما ترمي الى فصم الصلة المحرمية التي تربط الغلام بالام والى اصلاح ذات البين بينه وبين ابيه .

تظهر لنا الميتولوجيا ان بني البشر لا يترددون في عزو حب المحارم الى الآلهة على الرغم من استفظاعهم له ، ويعلمنا التاريخ القديم ان الزواج المحرمي بالاخت كان واجبا مقدسا لدى الفراعنة

القدامى ، ولدى الانكا في البيرو) . فهو اذن امتياز محظور على عامة الناس .

ان الزنى المحرمي الأموي هو احدى جريمتي اوديب ، وقتل الاب جريمته الثانية . ولنشر عرضا الى ان هاتين الجريمتين هما اكبر الكبائر التي ادانتها اول مؤسسة دينية واجتماعية عرفها البشر : الطوطمية . ولننتقل الان من الملاحظة المباشرة الطفل الى الفحص التحليلي للراشد المعصوب . فما مدى ما يساهم به هذا الفحص في تعميق تحليل عقدة اوديب ؟ من الممكن تحديد هذه المساهمة بسهولة فائقة . فهو يكشف لنا عن هذه العقدة كما تعرضها لنا الاسطورة ؛ ويبين لنا ان كل معصوب كان هو نفسه قرينا لأوديب بمعنى من المعاني ، او ـ وهذا سواء ـ صار قرينا لهملت باستجابته العكسية لهذه العقدة . وغني عن البيان ان الصورة التحليلية لعقدة اوديب تكبير وتضخيم للصورة الطفلية الاولية . فكره الاب وتمني موته لا تنم عنهما هذه المرة محض اشارات وإلماعات ، كما ان محبة الام تتخذ هدفا سافرا لها الاستحواذ عليها كزوجة . فهل يحق لنا ان نعزو الى الطفولة الرقيقة هذه العواطف الفجة والمشتطة ، ام ان التحليل يوردنا موارد الخطأ بفعل تدخل عامل جديد ؟ الحق انه ليس من العسير كشف هذا العامل الجديد . فكلما تحدث انسان من الناس عن الماضي ، حتى ولو كان المتحدث مؤرخا ، يتعين علينا ان نحسب حسابا لكل ما يقحمه ، عن غير قصد منه ، من الحاضر او من الحقبة الفاصلة بين الماضي والحاضر ، على الفترة التي يدرسها والتي يحرّف بالتالي صورتها . بل انه من المباح ، في حالة العصابي ، ان نتساءل عما اذا كان هذا الخلط بين الماضي والحاضر لاإراديا فعلا ؛ وسوف نرى لاحقا ان لهذا الخلط دوافعه ، وسوف يتعين علينا بوجهعام ان نجد تعليلا للعبةالخيال هذه فيالتعامل مع أحداث الماضي البعيد ووقائعه . كذلك لا يشق علينا ان نرى ان كراهية الاب تعززها دوافع شتى تتأتى من آونة وظروف لاحقة،

وان الرغبات الجنسية التي تتخذ الأم موضوعا لها تتلبس أشكالا كان الطفل يجهلها ولا بد . لكن سيضيع مجهودنا سدى فيما لو شئنا ان نفسر عقدة اوديب برمتها بلعبة الخيال الاسترجاعي حينما يقحم على الماضي عناصر مقتبسة من الحاضر . فالمعصوب الراشد يحتفظ بالنواة الطفلية لهذه العقدة مع بعض من لواحقها ومستتبعاتها ، على نحو ما تكشفه لنا الملاحظة المباشرة الطفل .

ان الواقعة السريرية ، التي تتكشف لنا خلف الشكل الذي يحدده التحليل لعقدة اوديب ، تنطوي على اهمية عملية كبيرة . فنحن نعلم ان المواضيع العائلية والمحرمية القديمة تعاود ظهورها وقد تلبست طابعا ليبيدويا وقت البلوغ ، اي حين تتثبت الفريزة الجنسية بكل قوتها . وما كان اختيار الطفل للموضوع سوى تمهيد وجل ، ولكن حاسم ، لاتجاه الاختيار في طور البلوغ . ففي هذا الطور تتم سيرورات عاطفية ووجدانية بالغة الشدة ، متجهة إما نحو عقدة اوديب ، واما نحو رد فعل على هذه العقدة ، ولكن بما ان مقدمات هذه السيرورات ليست مما يجوز البوح والاقرار به ، فمن المحتم ان تبقى في غالب الاحيان بعيدة عن متناول الوعي . وابتداء من ذلك الوقت يجد الفرد الانساني نفسه امام مهمة كبرى ، هي الانفصال عن والديه ؛ وانما بعد ان ينجز هذه المهمة يتأتى له ان ينضو عنه ثوب الطفولة ليصير عضوا في الجماعة الاجتماعية . ومهمة الابن في هذه الحال ان يفصل عن امه رغباته الليبيدوية ليتجه بها نحو موضوع واقعي اجنبي ، وان يتصالح مع الاب ان كان يضمر له عداء ، او ان يتحرر من طغيانه ان كان قد صار عبده المطيع كرد فعل على تمرده الطفلي عليه . هذه المهام تفرض نفسها على الجميع وعلى كل واحد ؛ ومما تجدر الاشارة اليه ان انجازها نادرا ما يتم بنجاح أمثل ، اي على وجه يبعث على الرضى التام من الناحيتين النفسية والاجتماعية . اما المعصوبون فيخفقون اخفاقا تاما في هذه المهام ، فيبقى الابن طول حياته رازحا تحت سلطان الاب وعاجزا عن تحويل طاقته

الليبيدوية نحو موضوع جنسي اجنبي . وكذلك قد يكون ايضا ، مع التعديلات اللازمة ، مصير البنت . وبهذا المعنى يحق لنا اعتبار عقدة اوديب نواة الامراض العصابية .

لقد لاحظتم في أرجح الظن اني امر مرا سريعا بكثير من التفاصيل التي تتصل بعقدة اوديب ، والتي لها اهميتها العملية والنظرية على حد سواء . كما اني لن ألح اكثر مما فعلت على تنويعاتها وعلى انقلابها الممكن . أما فيما يتصل بآثارها البعيدة ، فسأقول لكم فقط انها كانت مصدرا ثرا للابداع الشعري . وقد بيَّن اوتو رانك في كتاب قيِّم له ان كتاب المسرحيات في جميع العصور قد اقتبسوا مادتهم في المقام الاول من معين عقدة اوديب وعقدة المحارم ، ومن تنويعاتهما المقنّعة بقدر او بآخر . ولنذكر ايضا ان الرغبتين الآثمتين اللتين تدخلان في تركيب هذه العقدة وجدتا من يتعرف فيهما ، قبل زمن طويل من عهد التحليل النفسي ، مظهرين صادقين للحياة الغريزية التي لا يردعها رادع. ففي حوارية الموسوعي الشهير ديدرو التي جعل عنوانها **ابن اخي رامو** (٤) ، والتي نقلها غوته نفسه الى الالمانية ، تقعون على المقطع التالي اللافت للنظر : «لو ترك المتوحش الصغير وشأنه ، فاحتفظ بكل غباوته وجمع الى قلة عقل الطفل في مهده عنف أهواء الرجل الذي في الثلاثين من العمر ، لدق عنق ابيه ولضاجع أمه» .

بيد ان ثمة تفصيلا لا يجوز لي ان أتجاوز عن ذكره . فليس من العبث أن تكون الزوجة ــ الام لأوديب قد ذكَّرتنا بالاحلام . وانتم تذكرون ولا بد النتيجة التي افضى اليها تحليلنا للاحلام من ان الرغبات المثيرة للاحلام تكون من طبيعة منحرفة ، محرمية ، في كثير من الاحيان ، او تنمّ عن عداء غير متوقع حيال اشخاص من

٤ ــ ابن اخي رامو : رواية كتبها ديدرو سنة ١٧٦٢ ، وقد نشرت لاول مرة بالالمانية سنة ١٨٠٥ بترجمة غوته ، ولم تنشر بالفرنسية الا سنة ١٨٢١ .

الاقارب او الاحباء . ونحن لم نفسر بعد اصل هذه الميول الشريرة. اما الان فان هذا التفسير يثب الى اعيننا من تلقاء نفسه من دون ان نجشم انفسنا عناء البحث عنه . فهي لا تعدو ان تكون منتجات لليبيدو وتحريفات لبعض موضوعاته ، يرجع تاريخها الى السنوات الاولى من الطفولة ، وقد اختفت من الشعور منذ زمن بعيد ، لكنها لا تزال تنمّ عن وجودها اثناء النوم وتدلل على بعض القدرة على ممارسة تأثير ما . لكن بما ان الناس جميعهم يحلمون مثل هذه الاحلام المنحرفة ، المحرمية ، الآثمة ، وبما ان هذه الاحلام ليست بالتالي وقفا على المعصوبين وحدهم ، فمن المباح لنا ان نستنتج ان تطور الاسوياء ايضا قد تم عبر الانحرافات وتشويهات المواضيع التي تتسم بها عقدة اوديب ، وأن نرى ان ذلك هو شكل التطور السوي ، وان المعصوبين يقدمون صورة مكبرة ومضخمة ، ليس الا ، عما يكشفه لنا تحليل الاحلام عند اسوياء الناس ايضا . وهذا واحد من الاسباب التي حملتنا على التمهيد لدراسة الاعراض العصابية بدراسة الاحلام .

المحاضرة الثانية والعشرون

مظهرا التطور والنكوص . مبحث الاسباب

علمنا ان وظيفة الليبيدو تمر بتطور طويل الامد قبل ان تبلغ الطور الذي يعرف بالطور السوي ، حيث تغدو عاملة في خدمة الإنسال . واود ان اعرض لكم اليوم الدور الذي تلعبه هذه الواقعة في تعيين الاعصبة .

أعتقد انني لا اخالف تعاليم علم الامراض العام اذا قلت ان ذلك التطور عرضة لخطرين : خطر **التعطل** وخطر **النكوص** . وهذا يعني انه بالنظر الى ميل السيرورات البيولوجية بوجه عام الى التنوع فقد يحدث الا يتم اجتياز جميع الاطوار التمهيدية وتخطيها على الوجه الصحيح والكامل ، كأن تتوقف بعض مقومات الوظيفة عند طور بعينه من تلك الاطوار الاولى ، فتكون النتيجة اصابة مجمل التطور بقدر من التعطل .

لنبحث عن أشباه لهذه الواقعة في بعض الميادين الاخرى . فحين يبارح شعب بكامله منطقة سكناه بحثا عن بقعة جديدة ، وهذه واقعة متواترة في الازمنة البدائية من التاريخ البشري ، فمن المؤكد انه لا يصل برمته الى الديار الجديدة . فكثيرا ما تنفصل عنه جماعات وزمر صغيرة من النازحين لتستقر في مواضع بعينها ، بينما يتابع سواد القوم طريقه ومسيرته ـ وهذا بغض النظر عن اية اسباب اخرى لتناقص أعداده . ولنأخذ تشبيها اقرب من هذا بعد : فأنتم تعلمون ان الغدتين البزريتين لدى الثدييات العليا تقعان اصلا في أعماق التجويف البطني ، لكنهما لا تلبثان، في لحظة محددة من الحياة داخل الرحم ، ان تنتقلا لتأخذا مكانهما بصورة مباشرة تقريبا تحت جلد القسم الاخير من الحوض. غير ان احد هذين العضوين يبقى لدى عدد كبير من الذكور ، حتى بعد ذلك النزوح ، في التجويف البطني او يستقر نهائيا في القناة المعروفة باسم القناة الأربية (١) التي ينبغي ان تجتازها الغدتان في الاحوال الطبيعية ، او ان احدى هاتين القناتين تبقى مفتوحة، بينما المفروض فيهما في الاحوال الطبيعية ان تنغلقا بعد مرور الغدتين . وأذكر اني يوم كنت لا ازال طالبا فتيا قمت بأول بحث علمي لي تحت اشراف فون بروكه Brucke ، وكان المطلوب مني تحديد أصل الجذور العصبية الخلفية في النخاع الشوكي لسمكة من طراز بدائي سحيق القدم . وقد وجدت ان الالياف العصبية لهذه الجذور تنبت من خلايا ضخمة تقع في البوق الخلفي ، وهذا ما لا نعود نشاهده لدى فقريات اخرى . غير انـي لم البث ان اكتشفت كذلك ان هذه الخلايا العصبية توجد ايضا خارج المادة السنجابية ، وتشغل كل المسار الى العقدة المعروفة بالعقدة الشوكية للجذر الخلفي ؛ فاستنتجت من ذلك ان خلايا هذه العقد

---

١ ـ اي قناة الحالب . ـم ـ

المتجمعة قد نزحت من النخاع الشوكي لتستقر على طول مسار جذور الاعصاب . وهذا ما يؤكده تاريخ التطور ؛ لكن مسار النزوح لدى السمكة الصغيرة التي أجريت عليها أبحاثي كان موسوما بخلايا متخلفة في الطريق . ومن المؤكد انكم لو دققتم النظر لما شق عليكم ان تهتدوا الى نقاط الضعف في هذه التشابيه . لذا سأقول لكم للحال انه من الممكن في رايي ، فيما يتعلق بكل ميل جنسي ، ان تتخلف بعض عناصره المكوّنة عند مراحل سابقة من التطور ، بينما تصل عناصر اخرى الى الهدف النهائي . ونحن ، بطبيعة الحال ، ننظر الى كل ميل من هذه الميول على انه تيار يتدفق بلا انقطاع من ابتداء الحياة ؛ وعندما نقسّم هذا التيار الى دفقات متعاقبة ، فان تقسيمنا هذا يكون اصطناعيا الى حد ما . ولن تكونوا الا محقين لو ارتأيتم ان هذه التصورات بحاجة الى مزيد من الايضاح ، لكن مثل هذا العمل قد يشط بنا الى أبعد مما نريد . حسبي اذن ان اقول لكم انني اطلق اسم **التثبيت** (اي تثبيت الميل بطبيعة الحال) على توقف عنصر جزئي عند مرحلة سالفة من التطور .

اما الخطر الثاني الذي يتعرض له هذا التطور على مراحل فيتمثل في احتمال ارتداد العناصر الاكثر تقدما ، من خلال حركة ارتجاعية ، الى واحدة من تلك المراحل السالفة ، وهذا ما نسميه **بالنكوص** . ويحدث النكوص حينما يصطدم الميل ، في شكله الاكثر تقدما ، وفي اثناء ادائه لوظيفته، اي في اثناء تحقيقه لتلبيته وإشباعه ، بعقبات خارجية كأداء . ويحملنا كل شيء على الاعتقاد ان التثبيت والنكوص غير مستقلين واحدهما عن الآخر . فكلما كان التثبيت قويا اثناء التطور ، سهل على الوظيفة ان تتملص من العقبات الخارجية عن طريق النكوص الى العناصر المثبتة ، وتضاءلت قدرة الوظيفة المتطورة على مقاومة العقبات الخارجية التي ستلتقيها في طريقها . فحين تتخلف في الطريق

عن القوم النازحين فصائل ذات شأن ، فان الاقسام المتقدمة منهم ستجنح بقوة ، فيما لو اصطدمت بعدو لا قبل لها به او انهزمت امامه ، الى الانكفاء على أعقابها واللواذ بتلك الفصائل . غير ان احتمال هزيمة هذه الاقسام المتقدمة سيكون اكبر كلما كان تعداد العناصر المتخلفة اكثر .

وحتى تفهموا الاعصبة فهما جيدا ، فمن الاهمية بمكان ألا تغيب عن أنظاركم هذه العلاقة بين التثبيت والنكوص . فهي توفر لنا نقطة ارتكاز متينة نتطرق منها — وهذا ما سنفعله عما قليل — لدراسة منشأ الاعصبة وأسبابها .

لنولِ مسألة النكوص مزيدا من الاهتمام . فما علمتموه عن تطور وظيفة الليبيدو يأذن لكم بأن تتوقعوا ان يكون النكوص على نوعين : ارتداد الى المواضيع الاولى التي توقف عندها الليبيدو والتي لها ، كما نعلم ، طابع محرمي ، وارتداد التنظيم الجنسي برمته الى مراحل سابقة . وكلا هذين النوعين من النكوص نلتقيه في الاعصبة التحويلية ، وهما يقومان بدور هام في أواليتها . والارتداد الى مواضيع الليبيدو الاولى على وجه التخصيص هو ما نلاقيه لدى العصابيين باطراد يبعث على الملل . ولو اخذنا في اعتبارنا طائفة اخرى من الاعصبة ، وعلى الاخص تلك المعروفة منها باسم الاعصبة النرجسية ، لكان علينا ان نفصّل في الكلام عنها تفصيلا مستفيضا . لكننا لا نزمع ان نشغل انفسنا بها هنا . ذلك ان هذه الامراض تضعنا بمواجهة أنماط اخرى من التطور ، لم نأت بذكرها بعد ، وتكشف لنا ايضا عن أشكال جديدة من النكوص . غير انه يخيل الي انه يتعين عليّ الان ان أحذركم من احتمال الخلط بين **النكوص والكبت** ، وأن أساعدكم على تكوين فكرة واضحة عن الصلات بين هاتين السيرورتين . فالكبت ، اذا كنتم تذكرون ، هو السيرورة التي بنتيجتها يغدو لاشعوريا الفعل الذي كان يمكن ان يكون شعوريا ، اي منتميا الى القبشعور . ويكون هناك كبت ايضا حينما لا يُسمح للفعل النفسي اللاشعوري

بالولوج الى النسق القبشعوري المجاور ، اذ تعترض الرقابة سبيله وتكرهه على الارتداد على عقبيه . وليس ثمة من صلة البتة بين مفهوم الكبت ومفهوم الجنسية . واني لألفت انتباهكم بوجه خاص الى هذه الحقيقة . فالكبت سيرورة سيكولوجية خالصة ، نحسن صنعا لو وصفناها ايضا بأنها **طبوغرافية** . ونقصد بذلك ان مفهوم الكبت مفهوم مكاني ، ذو صلة بفرضيتنا عن المقصورات النفسية ، او اذا شئنا الا نأخذ بهذا التمثيل المساعد الفج قلنا ان هذا المفهوم ينشأ من تكوين الجهاز النفسي من عدة أنسقة متمايزة .

يتضح من المقارنة التي اجريناها اننا استخدمنا هنا كلمة «النكوص» لا بمعناها الشائع ، بل بمعنى خاص جدا . ولو اخذتموها بمعناها العام ، معنى الارتداد من مرحلة عليا الى مرحلة دنيا من التطور ، لأمكن ان يفهم الكبت هو الآخر على انه نكوص، اي ارتداد الى مرحلة سابقة ومبكرة في التطور النفسي . غير اننا عندما نتحدث ، نحن ، عن الكبت ، لا يذهب بنا الفكر الى هذا الاتجاه الارتجاعي ، لاننا نقول ايضا بوجود كبت ، بالمعنى الدينامي للكلمة ، حتى عندما يُعتقل الفعل النفسي قبل ان يبارح مرحلة اللاشعور الدنيا . الكبت اذن مفهوم طبوغرافي ودينامي ؛ بينما النكوص مفهوم وصفي خالص . اما ما كنا نعنيه بالنكوص ، كما وصفناه حتى الان من خلال ربطه بالتثبيت ، فهو فقط ارتداد الليبيدو الى مراحل سالفة من تطوره ، اي شيء يختلف كل الاختلاف عن الكبت ، مثلما انه مستقل عنه كل الاستقلال . بل لا يسعنا ان نجزم بأن نكوص الليبيدو سيرورة سيكولوجية خالصة ، وليس في مقدورنا ان نحدد لها موضعا في الجهاز النفسي . وعلى الرغم من عميق تأثيره في الحياة النفسية ، فان العامل العضوي هو الغالب عليه .

لا ريب في ان هذه المناقشات تبدو لكم عويصة . غير ان الطب

السريري قمين بأن يقدم لنا تطبيقات عنها من شأنها ان تجعلها أوضح وأسهل متناولا . تعلمون ان الهستيريا والعصاب الوسواسي هما المثلان الرئيسيان لزمرة الاعصبة التحويلية. صحيح انه يحدث في الهستيريا نكوص لليبيدو نحو المواضيع الجنسية الاولى ، ذات الطبيعة المحرمية ، ومن الممكن التأكيد بأنه مطرد الوجود في كل حالة من حالاتها ، بينما لا نلحظ فيها أثرا للنكوص نحو مرحلة سابقة من التنظيم الجنسي . لكن الكبت بالمقابل هو الذي يلعب الدور الرئيسي في أوالية الهستيريا . ولو كان مباحا لي ان أكمل بانشاء افتراضي جميع المعلومات الاكيدة التي حصّلناها حتى الان بصدد الهستيريا ، لوصفت الموقف على النحو التالي : ان الميول الجزئية تجتمع وتلتحم تحت امرة الاعضاء التناسلية، لكن العواقب التي تنشأ عن ذلك تصطدم بمقاومة النسق القبشعوري المرتبط بالوعي . اذن فالتنظيم التناسلي يرتبط باللاشعور ، لكن القبشعور لا يقبل به ؛ ومن هنا تنشأ صورة تنطوي على بعض وجوه الشبه مع الحالة التي كانت قائمة قبل تولي الاعضاء التناسلية الامرة والزعامة ، لكنها في الواقع مغايرة لها تماما — . والحق ان النكوص نحو مرحلة سابقة من التنظيم الجنسي هو الألفت للنظر بين كلا نوعي نكوص الليبيدو . وبما ان النكوص الاخير هذا لا وجود له في الهستيريا ، وبما ان كل تصورنا للاعصبة لا يزال متأثرا بدراستنا — المتقدمة زمنيا — للهستيريا ، فان اهمية نكوص الليبيدو لم تظهر لنا الا بعد زمن طويل من ظهور اهمية الكبت . ولكم ان تتوقعوا ان وجهات نظرنا سيطرأ عليها توسيع وتعديل كثير متى ما نظرنا ايضا في الاعصبة النرجسية ، بالاضافة الى الهستيريا والعصاب الوسواسي .

وبالمقابل، يشكل نكوص الليبيدو في العصاب الوسواسي نحو الطور التمهيدي من التنظيم السادي — الشرجي الواقعة الألفت للنظر والتي تسم بميسمها جميع تظاهرات الاعراض . وعندئذ تتنكر النزعة الحبية في أهاب النزعة السادية . والفكرة المتسلطة

التي مؤداها **أود لو أقتلك** تعني في حقيقتها ، متى ما جردناها من لواحقها واستطالاتها التي هي مع ذلك ضرورية وغير عارضة ، ما يلي : **أود لو أتمتع بك في الحب** . فاذا افترضتم انه حدث في الوقت نفسه نكوص بخصوص الموضوع ، أي نكوص يتحتم معه ان تنصب النزعات المشار اليها على اقرب الاشخاص وأحبهم الى الشخص المعني ، تكونت لديكم فكرة عن الاستفظاع الذي يمكن ان تستثيره لدى المريض هذه التصورات المتسلطة التي تظهر لوعيه وكأنها غريبة عنه كل الغربة . غير ان الكبت يلعب ايضا في هذه الاعصبة دورا هاما يعسر علينا تحديده في مدخل سريع كهذا . وان لم يقترن نكوص الليبيدو بكبت فقد يؤدي الى انحراف جنسي ، لكنه لن يقود ابدا الى عصاب . ومن هذا ترون ان الكبت هو السيرورة الاشد لصوقا بالعصاب والاكثر اختصاصا به وتمييزا له . وربما سنحت لي فرصة لأحدثكم ايضا عما نعرفه عن اوالية الانحرافات ، فترون عندئذ ان الامور تجري على نحو أبعد عن البساطة بما لا يقاس مما يتصور الناس عادة .

آمل الا تلوموني على استرسالي في الكلام عن تثبيت الليبيدو ونكوصه ، اذا ما قلت لكم اني لم أحدثكم عنهما الا تمهيدا لدراسة أسباب نشوء الاعصبة . وهذا الموضوع الاخير لم أذكر لكم عنه سوى شيء واحد ، وهو ان الناس يغدون معصوبين متى حيل بينهم وبين امكانية اشباع الليبيدو عندهم ، أي من جراء «الاحباط» كما أسميته من قبل ، وأن أعراضهم تحل لديهم محل الاشباع المضنون به عليهم . ولا يجوز بطبيعة الحال ان نستنتج من ذلك ان كل احباط للاشباع الليبيدوي من شأنه ان يجعل ضحيته معصوبا ، بل كل ما أريد قوله ان عامل **الاحباط** قائم في جميع الحالات العصابية التي تسنى لنا فحصها . ولا ريب في انكم تدركون ايضا ان أطروحتي هذه تكشف لا عن كل سر نشوء الاعصبة ، بل فقط عن شرط واحد من شروطه الهامة والاساسية .

ولا ندري بعد ، ان شئنا المضي في مناقشة هذه الاطروحة ،

أينبغي ان نلح في المقام الاول على طبيعة الاحباط أم على طبع الشخص المحبط وخلقه . ذلك ان الاحباط نادرا ما يكون تاما مطلقا ، وهو لا يغدو مسببا للمرض الا متى انصب على الاشباع الوحيد الذي يتطلبه الشخص ، وعلى الاشباع الوحيد الذي يقدر عليه هذا الشخص . وكثيرة هي ، بصفة عامة ، الوسائل التي تتيح للفرد ان يتحمل احباط الاشباع الليبيدوي من دون ان يسقط مريضا . ونحن نعرف اشخاصا يسعهم ان يكبدوا انفسهم بأنفسهم هذا الاحباط من غير ان يلحقهم ضر او اذى ؛ صحيح انهم ليسوا بسعداء ، وانهم يكابدون دنفا وسقاما ، لكنهم لا يقعون صرعى المرض . وعلينا ان نأخذ في اعتبارنا ، علاوة على ذلك ، ان الميول الجنسية ذات قابلية **تشكيلية** خارقة ، ان جاز لي التعبير . فهي قادرة على ان تنوب مناب بعضها بعضا ، وقد يتلبس ميل منها كل قوة الميول الاخرى ؛ واذا ما ضن الواقع بإشباع ميل منها ، تولى ميل آخر التعويض عن هذا الاحباط . وهي أشبه ما تكون بشبكة من اقنية مستطرقة ومليئة بالماء ، وذلك على الرغم من خضوعها لزعامة الاعضاء التناسلية : وهاتان خاصيتان يصعب التوفيق بينهما . اضف الى ذلك ان الميول الجزئية للجنسية ، وكذلك الغريزة الجنسية التي هي بمثابة تركيب لها ، تمتلك مقدرة كبيرة على تغيير موضوعها ، على مقايضة كل موضوع من مواضيعها بموضوع غيره ، يكون أسهل منالا ، وهذه خاصية من شأنها ان تجابه التأثير الإمراضي للاحباط بمقاومة عنيدة . ومن بين هذه العوامل التي لها مفعول وقائي ، ان جاز القول ، ضد التأثير الضار للاحباط ، ثمة عامل اكتسب اهمية اجتماعية خاصة في تقدم الحضارة ، ويتمثل في عزوف الميل الجنسي عن اللذة الجزئية او عن اللذة المتأتية عن فعل الانجاب ، واستبداله هذه اللذة بهدف آخر بينه وبين الهدف الاول صلات تكوينية ، لكنه صار اجتماعيا بدلا من

ان يبقى جنسيا . نحن نطلق على هذه السيرورة اسم «التصعيد»، وبذلك نتفق مع الرأي العام الذي يضفي على الاهداف الاجتماعية قيمة اكبر من تلك التي ينيطها بالاهداف الجنسية التي هي ، في واقع الامر ، اهداف انانية . وما التصعيد اصلا الا حالة خاصة من حالات ربط الميول الجنسية بأخرى لاجنسية . ولنا عودة الى هذا الموضوع مرة اخرى .

أرجح الظن انكم تميلون الان الى الافتراض بأن جميع هذه الوسائل المتاحة للفرد لتحمل الاحباط من شأنها ان تفقد هذا الاخير خطورته . لكن الواقع غير هذا ، والاحباط يحافظ على قوته الإمراضية كاملة . والوسائل التي يجابَه بها ليست بوجه عام كافية . ودرجة عدم اشباع الليبيدو ، التي يمكن للانسان العادي ان يتحملها ، محدودة . وهيهات ان تكون حركية الليبيدو وقابليته للتشكيل كاملتين لدى الافراد قاطبة ، وليس يسع التصعيد ان يلغي سوى جزء من الليبيدو ، وهذا من دون ان نذكر ان الكثيرين من الناس لا يملكون الا مقدرة طفيفة للغاية على التصعيد . وفي طليعة القيود ما يتصل منها بحركية الليبيدو ، وهذا القيد من شأنه ان يرهن اشباع الفرد بعدد ضئيل للغاية من المواضيع الواجب بلوغها ومن الاهداف المطلوب تحقيقها . حسبكم ان تتذكروا ان التطور غير المكتمل الليبيدو ينطوي على تثبيتات شتى ومتنوعة لليبيدو على أطوار سالفة من التنظيم وعلى مواضيع سابقة ، وهي أطوار ومواضيع ما عادت قادرة في اغلب الاحيان على تأمين اشباع حقيقي . حسبكم ان تتذكروا ذلك لتدركوا ان تثبيت الليبيدو هو العامل الثاني من حيث القوة ، بعد الاحباط، لنشوء الاعصبة . وبوسعنا التعبير عن هذه الواقعة بايجاز بياني بقولنا ان تثبيت الليبيدو يشكل ، في مبحث اسباب الاعصبة ، العامل الداخلي ، المهيء للمرض ، بينما يؤلف الاحباط العامل الخارجي ، العارض .

أغتنم هنا الفرصة لأدعوكم الى الامتناع عن الخوض في غمار

مناقشة عديمة الجدوى . فما أشد ما يطيب للاوساط العلمية ان تمسك بجزء من الحقيقة ، وان تعلن ان هذا الجزء من الحقيقة هو الحقيقة كلها ، وان تماري بالتالي ، لصالح هذا الجزء ، في صحة كل الباقي مع انه بدوره حق . واعتمادا على نهج كهذا انفصلت تيارات عدة عن الحركة التحليلية النفسية ، فما اعترف بعضها الا بالميول الانانية وأنكر الميول الجنسية ، ولم يأخذ بعضها الآخر بعين الاعتبار سوى التأثير الذي تمارسه الأعباء التي تفرضها الحياة الواقعية وضرب صفحا عن التأثير الذي يمارسه ماضي الفرد ، الخ . وبوسعنا بدورنا ان نقيم مقابلة بين كل من التثبيت والاحباط وان نصطنع مساجلة بتساؤلنا : هل الاعصبة أمراض خارجية او داخلية المنشأ ، وهل هي نتيجة لازمة لجبلّة معينة ام هي نتاج بعض أفعال ضارة (رضية) ؟ وهل تنجم ، على الاخص، عن تثبيت الليبيدو (وخصائص اخرى للجبلة الجنسية) ، ام عن الضغط الذي يحدثه الاحباط ؟ وأنا ارى ، في محصلة الحساب ، ان هذا الإشكال يعادل في سقمه وعدم جدواه ذلك الاشكال الآخر الذي استطيع ، فيما لو شئت ، ان أطرحه عليكم : هل يولد الطفل لان الاب أنجبه ام لان الام حملت به ؟ ستقولون لي : ان الشرطين كليهما لازمان ، ولن تكونوا الا مصيبين . وان لم تكن الحال في مبحث اسباب الاعصبة مماثلة ، فهي على الاقل مشابهة . فالامراض العصابية يمكن ان تصنَّف ، من وجهة نظر مبحث الاسباب ، في سلسلة يتحكم بحديها عاملان : الجبلة الجنسية والمؤثرات الخارجية ، او اذا شئتم تثبيت الليبيدو والاحباط ؛ فمتى زادت حصة احد العاملين نقصت حصة العامل الآخر . وتقع في احد طرفي هذه السلسلة الحالات القصوى التي يمكنكم ان تقولوا عنها بيقين : ان هؤلاء الأفراد ، بالنظر الى التطور اللاسوي لليبيدو عندهم ، ما كان لهم الا ان يسقطوا مرضى ، مهما يكن مجرى الاحداث الخارجية في حياتهم ، وحتى

لو برئت هذه الحياة الى اقصى حد ممكن من الخطوب . وفي الطرف الآخر تقع الحالات التي بوسعكم ان تقولوا عنها ، على العكس من ذلك ، ان هؤلاء المرضى كانوا سينجون بكل تأكيد من الوقوع في قبضة العصاب لو لم يرزحوا تحت عبء هذا الموقف او ذاك . اما في الحالات المتوسطة فتقوم تركيبات مختلطة : فان تكن حصة الجبلة الجنسية المهيئة كبيرة فيها ضؤلت بالمقابل حصة المؤثرات الضارة التي يتعرض لها الفرد في مجرى حياته ، والعكس بالعكس . وفي هذه الحالات ، ما كان للجبلة الجنسية ان تسلم الفرد الى العصاب لولا تدخل المؤثرات الضارة ، وما كان ليعقب هذه المؤثرات مفعول رضي لو اختلفت شروط الليبيدو . وبوسعي ، عند الاقتضاء ، ان أسلم ببعض الغلبة في هذه السلسلة للدور الذي تلعبه العوامل المهيئة ، غير ان تسليمي هذا مرتهن بالحدود التي ترسمونها للاصابة العصبية .

وأقترح عليكم ان نسمي هذه السلاسل **بالسلاسل المتتامة** ، وأخطركم مسبقا انه ستتسنى لنا فرصة لبناء سلاسل اخرى مماثلة .

ان اصرار الليبيدو على سلوك اتجاهات معينة والتشبث بمواضيع معينة ، او **لزوجة** الليبيدو ان جاز القول ، تبدو لنا عاملا مستقلا ، يختلف من فرد الى آخر ، ونجهل بأسبابه جهلا مطبقا . ولئن يتعين علينا ألا نستخف بدوره في نشوء الاعصبة، فعلينا بالمقابل ألا نبالغ في وثوق صلته بأسباب هذه الامراض . فمثل هذه «اللزوجة» الليبيدوية ، المجهولة العلة بدورها ، نلحظها ايضا لدى الانسان السوي في ظروف شتى ، كما نلحظها بصفتها عاملا حاسما لدى الاشخاص الذين يشكلون ، بمعنى ما ، فصيلة مناقضة لفصيلة العصبيين : اي لدى المنحرفين . وقد كان معروفا قبل التحليل النفسي (بينه (٢) Binet) انه من الممكن

---

٢ ـ ألفريد بينه : عالم نفس فرنسي (١٨٥٧ ـ ١٩١١) ، درس علم =

في أحوال كثيرة ان تكشف حياة المنحرفين الماضية عن انطباع قديم جدا ، خلفه توجيه شاذ للغريزة او اختيار شاذ للموضوع ، ولبث ليبيدو الفرد المنحرف متعلقا به طول حياته . ومن المتعذر في كثرة من الاحيان ان نحدد المصدر الذي يستمد منه هذا الانطباع قدرته على ممارسة مثل هذا الجذب الذي لا يقاوم على الليبيدو . وسأسرد عليكم تفاصيل حالة عاينتها بنفسي . انها حالة رجل فقد اليوم اهتمامه بأعضاء المرأة التناسلية وبسائر محاسنها ومفاتنها ، لكنه يشعر بالمقابل باهتياج جنسي لا يقاوم اذا ما وقع نظره على قدم تنتعل حذاء على شكل معين ؛ وهو يذكر حادثة وقعت له حين كان في السادسة من العمر ، فلعبت دورا حاسما في تثبيت الليبيدو عنده . فقد كان يجلس على مقعد قرب مربيته التي كان عليها ان تعطيه درسا في الانكليزية . وكانت المربية فتاة ضامرة ، قبيحة ، عيناها زرقاوان بلون الماء وأنفها أقنى ؛ وكانت تشكو في ذلك اليوم من وجع في قدمها ، فانتعلت خفا من المخمل ، ومدتها على وسادة . بيد ان ساقها كانت مستورة باحتشام تام . فلما بلغ فتانا ، صار موضوعه الجنسي الوحيد ، بعد محاولة وجلة لنشاط جنسي سوي ، قدما هزيلة ، بادية الاوتار ، كقدم المربية ؛ وكان يشعر بانجذاب لا يقاوم اذا ما انضافت الى هذه القدم ملامح اخرى تذكره بشكل المربية الانكليزية . ولم يجعل تثبيت الليبيدو هذا من رجلنا معصوبا ، بل تميميا مولها بالقدم Fétichiste . وكما ترون ، فان التثبيت المشتط ـ والمبكر بالاضافة الى ذلك ـ لليبيدو ان كان يشكل عاملا لا غنى عنه في نشوء العصاب ، فان تأثيره يتجاوز نطاق الاعصبة

= النفس الفيزيولوجي وعلم النفس التجريبي، وله دور ريادي في اختراع الروائز العقلية . ـ م ـ

مع ذلك . ومن ثم فان التثبيت ليس في ذاته شرطـا حاسما ، شأنه في ذلك شأن الاحباط الذي تقدم ذكره .

هكذا تبدو مشكلة تعيين علل الاعصبة وكأنها تتعقد . وفـي الواقع ، يكشف لنا البحث التحليلي النفسي عن عامل آخر لـم يظهر في السلسلة التي وضعناها لاسباب الاعصبة ، وهو عامل يتجلى بملء الوضوح عند المعافين من الاشخاص الذين يقمون على نحو مفاجىء صرعى المرض العصابي . فنحن نجد عند هـؤلاء الاشخاص بصورة مطردة أمارات ودلائل على وجود صراع لديهم بين الرغبات ، او **صراع** نفسي كما اعتدنا ان نقول . فشطر من الشخصية يبدي عن رغبات معينة ، وشطر آخر منها يعتـرض عليها ويرفضها . وبدون صراع من هذا النوع ، لا يكون ثمة وجود لعصاب . وليس في ذلك اصلا ما يبعث على الاستغراب . فأنتم تعلمون ان حياتنا النفسية عرضة دائمة لصراعات يقع على عاتقنا ان نجد لها حلا . وحتى يصبح مثل هذا الصراع إمراضيا ، لا بد اذن ان تتوفر شروط خاصة . لذا يتعين علينا ان نتساءل : مـا هذه الشروط ، وما القوة النفسية التي تدور بينها تلك الصراعات المرضة ، وما العلاقات التي تقوم بين الصراع وبين العوامـل المعيّنة الاخرى .

آمل ان أتمكن من ان اجد لهذه الاسئلة اجوبة مقنعة ، وان مختصرة وخطاطية . فالصراع ينشأ عن الاحباط ، اذ يضطـر الليبيدو المضنون عليه بالاشباع السوي الى البحث عن مواضيع وسبل اخرى . ومن شروط هذا الصراع ان تقابل هذه السبل والمواضيع الاخرى بالاستهجان والاستنكار من قبل شطر بعينه من الشخصية : فينتج عن ذلك نوع من الفيتو يجعل في اول الامر الاسلوب الجديد في الاشباع مستحيلا . وابتداء من هـذه اللحظة يسلك تكوّن الاعراض طريقا سنتأثره فيما بعد . وعندئذ تسعى الميول الليبيدوية المصدودة الى التظاهر والتعبير عن نفسها بطرق ملتوية ، ولكن من دون ان تقلع عن محاولة تبرير مطالبهـا

باعتماد بعض أشكال التحوير والتخفيف . هذه الطرق الملتوية هي طرق تكوّن الاعراض : فهذه الاخيرة هي مظهر الاشباع الجديد او البديل الذي يحتمه ويفرض ضرورته الاحباط .

ونستطيع ايضا ان نبرز اهمية الصراع النفسي بقولنا : «كيما يتحول الاحباط **الخارجي** الى احباط ممرض ، فلا بد ان يقترن بإحباط **داخلي**» . وغني عن البيان ان الاحباط الخارجـي والاحباط الداخلي يطالان مواضيع متباينة ويسلكان طرقا مختلفة. فالاحباط الخارجي يستبعد امكانية بعينها للتلبيـة والاشباع ، والاحباط الداخلي يحبذ ان يقصي امكانية اخرى ، وانما بصدد هاتين الامكانيتين ينشب الصراع . ولقد آثرت هذه الطريقة في العرض لما فيها من مضمون مضمر . فهي تنطوي على الاحتمـال التالي : ربما كان الاستنكاف الداخلي قد نشأ في الازمنة البدائية من التطور البشري عن عقبات خارجية فعلية .

لكن ما القوى التي يصدر عنها الاعتراض على الميل الليبيدوي، وما الطرف الآخر في الصراع الممرض ؟ انها ، اذا شئنا تعبيرا بالغ العمومية ، الميول غير الجنسية . ونحن نطلق عليها اسمـا جامعا هو «ميول الانا» ؛ ولا يقدم لنا التحليل النفسي للاعصبة التحويلية اية وسيلة مفيدة لتقصي المآل اللاحق لهذه الميول ، فلا نتوصل الى تعرّفها الى حد ما الا من خلال المقاومات التي تعترض سبيل التحليل . ان الصراع الممرض صراع بين ميول الانا والميول الجنسية . وفي بعض الحالات يساورنا انطباع بأن هذا الصراع هو صراع بين ميول جنسية خالصة شتى ؛ غير ان هذا الظاهر لا يطعن في صحة أطروحتنا ، لان احد الميلين الجنسيين المتصارعين هو على الدوام الميل الذي يسعى ، ان جاز القول ، الى تلبية الانا، بينما ينصّب الميل الآخر نفسه محاميا يزعم انه يصون الانا . وهذا ما يرجع بنا الى الصراع بين الانا والجنسية .

لقد كان التحليل النفسي كلما نظر الى حدث نفسي على انه نتاج الميول الجنسية يقابل باعتراض غاضب مؤداه ان الانسان لا يتألف من جنسية فقط ، وأن الحياة النفسية تنطوي على ميول وأهتمامات اخرى غير الميول والاهتمامات ذات الطبيعة الجنسية ، وأنه لا يجوز بحال من الاحوال اشتقاق «كل شيء» من الجنسية ، الخ . والحق اني لا اعرف شيئا أدعى الى الغبطة من ان يجد المرء نفسه على وفاق من خصومه ولو لمرة واحدة . فالتحليل النفسي لم ينس قط انه توجد ميول غير جنسية ، بل شاد صرحه كله على مبدأ الانفصال الواضح والحاسم بين الميول الجنسية والميول الانوية ، ولم ينتظر اعتراضات المعترضين ليؤكد ان الاعصبة نتاج لا للجنسية ، بل للصراع بين الانا والجنسية . وليس لديه اي سبب معقول للمماراة في وجود الميول الانوية او اهميتها في مسعاه الى تعرف وتحديد دور الميول الجنسية في المرض وفي الحياة . ولئن وجد نفسه مدفوعا الى ان يخص الميول الجنسية باهتمامه الاول ، فذلك لان الاعصبة التحويلية كشفت عن هذه الميول بجلاء لا مستزاد عليه ، وأتاحت له بالتالي ان يدرس ميدانا غفل عنه الآخرون وأهملوه .

كذلك ليس من الحق ان يقال ان التحليل النفسي لا يهتم بالجانب غير الجنسي من الشخصية . فالفصل بين الانا والجنسية هو بعينه الذي أماط اللثام بأجلى ما يكون عن ان ميول الانا تتعرض هي الاخرى لتطور هام ، وان هذا التطور ليس مستقلا كل الاستقلال عن الليبيدو وليس خلوا من كل رد فعل عليه . والحق انه لا مناص لنا من القول ان معرفتنا بتطور الانا اوهى بكثير من معرفتنا بتطور الليبيدو ، وعلة ذلك تكمن في اننا لا نستطيع ان نأمل في النفاذ الى بنية الانا الا بعد دراستنا الاعصبة النرجسية . ومع ذلك ، فقد بذلت في هذا السبيل محاولة مثيرة

فعلا للاهتمام . نقصد بها محاولة فيرنزي (٣) Ferenczi الذي سعى الى ان يحدد نظريا مراحل تطور الانا ؛ وتتوفر لدينا على الاقل اليوم نقطتا ارتكاز مكينتان للحكم على هذا التطور . فليست الاهتمامات الليبيدوية لدى شخص من الاشخاص متعارضة من البداية وبالضرورة مع اهتماماته بحفظ ذاته وصونها ؛ بل نستطيع القول بالاحرى ان الانا يسعى ، في كل مرحلة من مراحل تطوره ، الى ان ينسجم مع تنظيمه الجنسي وأن يتكيف معه . وتعاقب مختلف مراحل تطور الليبيدو يتم في أرجح الظن وفق برنامج مرسوم من قبل ؛ غير انه لا مجال للمماراة في ان هذا التعاقب يمكن ان يخضع لتأثير الانا ؛ كما لا مجال للشك في وجود نوع من التوازي والتوافق بين مراحل تطور الانا ومراحل تطور الليبيدو ، وفي ان اختلال هذا التوافق يمكن ان ينشأ عنه عامل إمراضي . وثمة نقطة لها اهميتها الكبرى بالنسبة الينا ، وهي ان نعرف كيف يتصرف الانا في الحالات التي يكون فيها الليبيدو قد تثبت عند طور محدد من تطوره . فقد يتكيف الانا مع هذا التثبيت ، وفي هذه الحال يغدو منحرفا او ــ والامر سيان ــ طفليا ، وذلك بدرجة تناظر مقدار التثبيت . لكنه قد يثور ايضا على هذا التثبيت الليبيدو ، وعندئذ يعاني الانا **كبتا** حيثما عانى الليبيدو **تثبيتا** .

بمضينا في هذا السبيل نعلم ان العامل الثالث في مبحث اسباب الاعصبة ، واعني به **قابلية الصراع** ، يرتهن بتطور الانا وبتطور الليبيدو على حد سواء . وبذلك يكتمل نصاب أفكارنا حول

---

٣ ــ ساندور فيرنزي : محلل نفسي مجري (١٨٧٣ ــ ١٩٣٣) ، كان من أوفى تلاميذ فرويد ، وقد قال عنه هذا الاخير «انه يعدل وحده جمعية بأسرها» ، لكنه اعرب ابتداء من ١٩٢٠ عن بعض الشك في النجع العلاجي للتقنية التحليلية النفسية . ــم ــ

تعيين الاعصبة . فلدينا اولا الشرط الاعم ، ويتمثل بالاحباط ، ثم يليه تثبيت الليبيدو الذي يدفع بهذا الليبيدو في اتجاهات محددة ، وتتدخل ثالثا قابلية الصراع الناجمة عن تطور الانا الذي يشيح عن ميول الليبيدو تلك . اذن فالموقف ليس على تلك الدرجة من التعقيد ولا على ذلك القدر من صعوبة الفهم على ما قد يكون تبدى لكم وأنا أعرض عليكم استنتاجاتي . غير اننا ، في الحق ، لم نقل كل شيء عن هذه المسألة . فلا يزال علينا ان نضيف الى ما ذكرناه شيئا جديدا ، كما لا يزال علينا ان نخضع لتحليل اكثر تعمقا اشياء تقدمت بنا معرفتها .

كيما أبين لكم أثر تطور الانا في نشوب الصراع ، وبالتالي في تعيين الاعصبة ، سأضرب لكم مثالا غير بعيد الاحتمال على الاطلاق وان يكن خياليا . لقد استوحيت هذا المثال من عنوان تمثيلية نستروي Nestroy الهازلة : **في الطابق الارضي وفي الطابق الاول** . ففي الطابق الارضي يسكن البواب ، وفي الطابق الاول يقيم مالك البيت ، وهو رجل غني وذو اعتبار . ولكل منهما اولاد ، واننا لنفترض ان ابنة المالك الصغيرة تتهيأ لها كل الفرص لتلعب ، بعيدا عن عين الرقيب ، مع طفلة الرجل الفقير . وقد يحدث ان يتخذ لعب الطفلتين طابعا «لامحتشما» ، اي جنسيا ، فتلعبان لعبة «البابا والماما» ، وقد تحاول كل منهما ان تسترق النظر الى الاجزاء الحميمة من جسم الاخرى وأن تهيج اعضاءها التناسلية . ولعل ابنة البواب التي اتيحت لها ، رغم انها لا تتجاوز الخامسة او السادسة من العمر ، فرص لمشاهدة بعض مظاهر الحياة الجنسية لدى الراشدين ، ستلعب دور المغوية . وهذه «الالعاب» ، حتى وان لم تدم طويلا ، تكفي لتنشيط بعض الميول الجنسية لدى الفتاتين ؛ وهذه الميول تفصح عن نفسها ، بعد الامساك عن تلك الالعاب ، في فعل الاستمناء على مدى بضع سنوات . هذا ما يكون مشتركا بين الطفلتين ؛ غير ان النتيجة النهائية تختلف بينهما

اختلافا بيّنا . فابنة البواب ستمارس الاستمناء الى حين ظهور الطمث تقريبا ، ثم ستمتنع عنه بلا جهد ، وستتخذ لها بعد بضع سنوات عشيقا ، وقد تنجب طفلا وتمتهن مهنة ما ، وربما غدت فنانة مشهورة واحتلت مكانها في نهاية المطاف في مصاف الارستقراطيين . ومن المحتمل ان يكون مصيرها أقل سطوعا ، لكنها ستحيا على كل حال بقية حياتها من دون ان تتأذى من ممارستها المبكرة لجنسيتها ، وستكون بمنجى من العصاب . وغير هذا المصير سيكون مصير ابنة المالك . فستشعر من وقت مبكر ، وهي بعد طفلة ، بشعور من اتى امرا إدًّا ، وستقلع بلا تأخير ، لكن بعد صراع رهيب ، عن الاشباع الاستمنائي ؛ غير انها ستحتفظ منه بذكرى وانطباع موهِنين ، قابضين للنفس . فاذا ما صارت فتاة وتعين عليها ان تطلع على الحقائق المتصلة بالعلاقات الجنسية ، اشاحت عنها بنفور لا تفسير له وآثرت ان تبقى على جهلها . ومن المحتمل ان تتعرض عندئذ من جديد لضغط لا يقاوم لممارسة الاستمناء ، من دون ان تجرؤ على مكاشفة احد بالامر . حتى اذا ما ادركت السن التي تبدأ فيها الفتيات بمداعبة احلام الزواج ، وقعت فريسة العصاب ، وساورتها ازاء الزواج خيبة مريرة ، ورات الى الحياة بنظارات سود قاتمة . فاذا ما وفقنا عن طريق التحليل الى تفكيك هذا العصاب الى عناصره ، وجدنا ان تلك الفتاة المهذبة ، الذكية ، المثالية ، قد كبتت ميولها الجنسية كبتا تاما ، وان هذه الميول ، التي لا تعيها على الاطلاق ، ترتبط بالالعاب البائسة التي لعبتها مع صديقة طفولتها .

ان الاختلاف بين هذين المصيرين ، بالرغم من تماثل الخبرات الاولى ، مرده الى ان احدى بطلتينا قدر له ان يمر بتطور لم تعرف نظيره الاخرى . فالنشاط الجنسي تبدى لابنة البواب في زمن لاحق في صورة طبيعية ، بريئة من الظنون والافكار المبطنة ، على مثل ما كان عليه في طفولتها . اما ابنة المالك فقد تعرضت

لتأثير التربية ومطالبها . ومع الايحاءات التي تلقتها من تربيتها، كوّنت عن طهارة المرأة وعفتها مثلا اعلى لا يتفق والنشـــاط الجنسي ؛ وقد أوهنت تربيتها العقلية من اهتمامها بالدور الذي كان مفترضا بها ان تؤديه كامرأة . وانما بنتيجة هذا التطـــور الاخلاقي والعقلي الاعلى من تطور صديقتها دخلت في صراع مع مقتضيات جنسيتها .

أود الالحاح بعد على نقطة اخرى تتصل بتطور الانا ، وذلك لما تفتحه امامنا من آفاق فسيحة ، وكذلك لان النتائج التـــي سنستخلصها في هذا الصدد سيكون من شأنها ان تبرر التمييز الذي أقمناه بين الميول الانوية والميول الجنسية ، وهـــو تمييز فاصل وان كان لا يثب الى العين وثبا . وحتى نصدر حكما على هذين التطورين ، يتعين علينا ان نسلم بمقدمة لم نولها حتى الان ما هي خليقة به من الاهتمام والاعتبار . فكل من التطورين ، تطور الليبيدو وتطور الانا ، لا يعدو في الواقع أن يكون ميراثا ، تكرارا مختصرا للتطور الذي مرت به البشرية قاطبة منذ بداية تاريخها وعلى امتداد أحقاب طويلة . وفيما يتصل بتطور الليبيدو ، نرانا نعتـــرف له بيسر وعـــن طواعية بهذا الاصل السلالـــي Phylogènique . حسبكم أن تتذكروا ان الجهاز التناسلي لدى بعض الحيوانات يتصل اتصالا وثيقا بالفم ، بينما يتعذر تمييزه عن جهاز الاخراج لدى بعضها الآخر ، او يرتبط لدى بعضهـــا الثالث بأعضاء الحركة ، الى غير ذلك من الوقائع التي تجدون عرضـــا مشوقا لها في كتاب ف. بولشه Bolsche الثمين . وهكذا نلاحظ لدى الحيوانات كل صنوف الانحراف والتنظيم الجنسي في حالة متحجرة ان صح التعبير . والحال ان الجانب السلالي لدى الانسان يحجبه عن النظر كون الخصائص ، الموروثة اصلا ، يعاد اكتسابها من قبل الفرد من جديد في مجرى تطوره ؛ وربما كان السبب في ذلك ان الشروط التي اوجبت فيما غبر اكتساب

خصيصة بعينها لا تزال قائمة ولا تزال تمارس تأثيرها على جميع الافراد الذين يعقب بعضهم بعضا . بل يسعني القول ان هـــذه الشروط بعد ان كانت خلاقة في الماضي أضحت اليوم مستفزة متحدية . ثم انه مما لا يمارى فيه ان مسيرة التطور المسبق التعيين يمكن ان تتغير او تضطرب لدى كل فرد بفعل مؤثرات خارجيـــة حديثة . اما القوة التي فرضت على البشرية هذا التطور والتي لا تزال تفعل فعلها في الاتجاه عينه ، فهي معروفة لدينا جميعا : انها هي هي الاحباط الذي يفرضه الواقع ، أو اذا شئتم ان نسميها باسمها الحقيقي الكبير قلنا انها **الضرورة** التي تنجم عن الحياة ، **الانانفيه** (٤) . والعصابيون هم اولئك الناس الذين كان لهـــذه الضرورة عواقب وخيمة عليهم ؛ غير ان كل انسان عرضة لهـــذا الخطر عينه ايا تكن التربية التي تلقاها . ونحن اذ نقول ان الضرورة الحيوية هي محرك التطور ، فاننا لا ننتقص البتة من اهميـــة «الميول التطورية الداخلية» ، حينما يثبت وجود هذه الميول .

والحال انه يخلق بنا ان نشير الى ان الميول الجنسية وغريزة البقاء لا تسلك مسلكا واحدا ازاء الضرورة الواقعية . فالغرائز التي تهدف الى صون البقاء وكل ما يتصل به اكثر امتثالا للتربية: فهي تتعلم منذ وقت مبكر كيف ترضخ للضرورة وتكيف تطورها مع مقتضيات الواقع. وهذا امر مفهوم، على اعتبار انها لا تستطيع بطريقة اخرى ان تظفر بالمواضيع التي تحتاج اليها والتي بدونها يتعرض الفرد للهلاك . اما الميول الجنسية ، التي لا تحتاج الى موضوع في بادىء الامر وتجهل هذه الحاجة، فأعصى على التربية. فوجودها وجود طفيلي ان صح التعبير ، ومرتبط بأعضاء الجسم الاخرى ، وهي قادرة على تأمين اشباع ذاتي لها من دون أن تتجاوز

---

٤ ـ باليونانية في النص ، والانانفية هي الضرورة او الحاجة . ـم ـ

جسم الفرد المعني ، ولذا فانها تفلت من التأثير التربوي للضرورة الواقعية ، وتحتفظ لدى اغلب الناس ، ومن بعض النواحي ، بهذا الطابع العسفي ، النزوي ، الجامح ، «الملغز» مدى الحياة . أضف الى ذلك ان الشخص اليافع لا يعود يتأثر بالتربية متى ما بلغت حاجاته الجنسية الدرجة النهائية من قوتها . والمربون يعرفون ذلك ويتصرفون وفق هذه الحقيقة ؛ فعساهم يدعون نتائج التحليل النفسي تقنعهم ، فيعترفوا بأن التربية التي يتلقاها المرء في طفولته الاولى هي التي تترك فيه أعمق الاثر . ان الكائن البشري ينتهي تكوينه بتمامه منذ السنة الرابعة او الخامسة ، ثم لا يلبث في زمن لاحق ان يظهر للعيان ما كان متهيئا له منذ تلك السن .

وتوضيحا لكامل دلالة الفارق الذي أقمناه بين هاتين المجموعتين من الغرائز ، نرانا مضطرين الى ان نطيل الاستطراد والى ان ندخل في حسابنا اعتبارا من الاعتبارات الجديرة بأن توصف بأنها **اقتصادية** . هنا نطرق ميدانا هو من اهم ميادين التحليل النفسي ، ولكنه ، ويا للاسف ، من اكثرها غموضا . وعلى هذا الاساس نتساءل عما اذا كان لعمل جهازنا النفسي غرض اساسي لصيق به ، ونجيب عن هذا السؤال بمقاربة اولى فنقول ان نشاطنا النفسي بأسره له ، في ما تشير الدلائل ، هدف محدد، وهو توفير اللذة لنا وتجنيبنا الالم ، وانه محكوم آليا **بمبدأ اللذة**. والحال اننا لا نتوق الى شيء كتوقنا الى معرفة شروط اللذة والالم ، لكن عناصر هذه المعرفة تحديدا ليست متاحة لنا . والشيء الوحيد الذي نملك ان نؤكده هو ان اللذة ترتبط بتناقص التنبيهات المتراكمة في الجهاز النفسي او بتخفيفها او بزوالها وانطفائها ، بينما يرتبط الالم بتزايد هذه التنبيهات او باشتدادها. وتمحيص أشد انواع اللذة المتاحة للانسان ، اي اللذة التي يظفر بها اثناء اداء الفعل الجنسي ، يقطع دابر كل شك حول هذه

النقطة . وبما ان هذه الافعال المقترنة باللذة تتصرف بكميات هائلة من التنبيه او الطاقة النفسية ، فاننا نصف الاعتبارات التي تتصل بها بأنها **اقتصادية** . وننوه هنا ان المهمة التي تقع على عاتق الجهاز النفسي والنشاط الذي يؤديه يمكن ان يوصفا ايضا بطريقة اخرى وعلى نحو أعم من محض الالحاح على الظفر باللذة . فمن الممكن القول ان الجهاز النفسي يستخدم في ضبط التنبيهات والتهيجات ذات المنشأ الخارجي والداخلي والسيطرة عليها والغائها . ومن الواضح ، فيما يتصل بالميول الجنسية ، انها من بداية تطورها الى نهايته وسيلة للظفر باللذة الجنسية ، وانها تؤدي هذه الوظيفة بغير ما وهن . وذلكم هو ايضا ، في البداية ، هدف ميول الانا . لكن تحت ضغط تلك المربية الكبرى التي هي الضرورة ، لا تعتم ميول الانا ان تستبدل مبدأ اللذة ببديل محوَّر عنه ؛ فتفرض مهمة تفادي الالم نفسها عليها بإلحاح يعادل الحاح مهمة التماس اللذة ؛ ويتعلم الانا من ثم انه لا معدى له عن الاستنكاف عن الاشباع المباشر ، وعن ارجاء طلب اللذة ، وعن تحمل بعض المشاق ، وعن العزوف بوجه عام عن بعض مصادر اللذة . فاذا ما تربى الانا على هذا النحو صار «عاقلا» ، فلا يعود يأتمر بمبدأ اللذة ، بل يصدع بأمر **مبدأ الواقع** الذي يرمي هو الآخر ، في باطن الامر ، الى اجتناء اللذة ، لكنها لذة مرجأة ومخففة ، وفي الوقت نفسه مضمونة بحكم الاتصال بالواقع والامتثال لمطالبه .

ان الانتقال من مبدأ اللذة الى مبدأ الواقع يشكل مظهرا من اهم مظاهر التقدم في تطور الانا . وقد علمنا من قبل ان الميول الجنسية لا تجتاز الا بعد طول تأخير ، وكما لو بالاكراه والغصب، هذه المرحلة من تطور الانا ، وسوف نرى فيما بعد ما العواقب التي تترتب بالنسبة الى الانسان على رخاوة الوشائج والصلات بين جنسيته وبين الواقع الخارجي . فان كان انا الانسان يمر

بتطور ، وله تاريخ ، مثله مثل الليبيدو تماما ، فلن يدهشكم ان تعلموا انه من الممكن ان يكون هناك ايضا «نكوص أنوي» ، وربما ثار فضولكم لمعرفة الدور الذي يمكن ان يلعبـــــه في الامراض العصابية ارتداد الانا هذا الى مراحل سابقة من تطوره .

المحاضرة الثالثة والعشرون

انماط تكوّن الأعراض

الاعراض في نظر غير اهل الاختصاص هي جوهر المرض ، وبزوالها يكون الشفاء منه . أما الطبيب فيسعى على العكس الى التمييز بين الاعراض والمرض ، ويزعم ان زوال الاعراض لا يعني البرء من المرض. اذ ان ما يبقى من المرض بعد زوال الاعراض هو الاقتدار على تكوين أعراض جديدة . وعليه ، سنأخذ مؤقتا بوجهة نظر العامة ، فنسلّم بأن تحليل الاعراض يعدل فهم المرض .

ان الاعراض ــ ونحن لا نتكلم بطبيعة الحال هنا الا عن الاعراض النفسية (او النفسية المنشأ) والامراض النفسية ــ هي أفعـــال ضارة او على الاقل لامجدية بالقياس الى حياة الفرد في مجملها، أفعال يؤديها هذا الفرد كارها وتقترن بشعور ممض او موجع . ويكمن ضررها الاول في المجهود النفسي الذي يقتضيه اداؤها ،

وفي المجهود النفسي الذي يحتاج اليه الفرد ليقاومها . وقد يؤدي هذان المجهودان ، اذا ما كانت الاعراض المتكونة مشتطة ، الى تناقص شديد في الطاقة النفسية المتاحة ، حتى ليغدو الشخص المعني عاجزا عن التصدي لمهام الحياة ذات الشأن والاهمية . وبما ان هذه النتيجة تعبر بوجه خاص عن كمية الطاقة المصروفة ، فليس يشق عليكم ان تدركوا ان تصورنا للمرض تصور عملي في المقام الاول . لكنكم لو اخذتم ، مع ذلك ، بوجهة نظر نظرية ، وضربتم صفحا عن تلك الكميات ، لأمكنكم القول ، بلا خوف الخطأ ، اننا جميعا مرضى ، اي معصوبون ، على اعتبار ان الشروط التي تتحكم بتكوين الاعراض تتواجد ايضا لدى الانسان السوي .

اما فيما يتصل بالاعراض العصابية ، فقد رأينا من قبل انها نتيجة صراع ينشب بصدد نمط جديد لاشباع الليبيدو . فالقوتان اللتان كانتا قد انفصلتا تجتمعان من جديد في العرَض ، وتتصالحان ان صح التعبير وتتراضيان على حل وسط هو بالتحديد تكوّن الاعراض . وذلك ما يفسر قدرة العرض على المقاومة : فهو معضَّد من كلا الجانبين . ونعلم كذلك ان احد طرفي الصراع يمثل الليبيدو غير المشبع ، الذي نحاه الواقع وأرغمه على التماس أنماط جديدة للاشباع . واذا ما ابدى الواقع عن تشدد وتصلب ، أرغم الليبيدو ، حتى ولو أظهر هذا استعداده للاخذ بموضوع آخر بدلا من الموضوع المضنون به عليه ، على سلوك طريق النكوص والبحث عن اشباع له إما في تنظيم من التنظيمات التي تم له تجاوزها سابقا ، واما في موضوع من المواضيع التي كان قد هجرها من قبل . وما يجتذب الليبيدو الى طريق النكوص هي التثبيتات التي خلفها في تلك الاطوار من تطوره .

والحال ان طريق النكوص يفترق افتراقا بيّنا عن طريق العصاب . فان لم تلق أشكال النكوص اية مقاومة من الانا ، جرى

كل شيء بلا عصاب ، وفاز الليبيدو باشباع واقعي ، وان لم يكن اشباعا سويا على الدوام . لكن عندما لا يقبل الانا بأشكال النكوص هذه ، هذا الانا الذي يتحكم لا بالوعي والشعور فحسب ، بل كذلك بمنافذ التعصيب الحركي ، وبالتالي بامكانية التحقيق الفعلي للميول النفسية ، فمن المحتم ان ينشب عندئذ صراع . فالليبيدو يجد الطريق امامه مسدودا ان جاز القول ، فيتعين عليه ان يحاول أيجاد مخرج يتأتى له فيه أن ينفق احتياطه من الطاقة وفق مقتضيات مبدأ اللذة . وهكذا يتوجب عليه ان ينفصل عن الانا. ومما يسهل عليه مهمته هذه التثبيتات التي خلفها على امتداد طريق تطوره والتي كان الانا يتحاماها في كل مرة بواسطة الكبت. واذ يحتل الليبيدو في مسيرته النكوصية هذه المواقع المكبوتة ، ينعتق من ربقة الانا وقوانينه ، وينفض عنه في الوقت نفسه غبار كل التربية التي تلقاها تحت تأثيره . لقد كان الليبيدو سلس القياد ما دام يطمع في تلبية واشباع ؛ لكنه يشمس ويجمح تحت الضغط المزدوج للاحباط الخارجي والداخلي ، ويتأسف ويتحسر على نعيم الايام الغابرة . ذلكم هو طبعه ، وهو ثابت لا يتغير في واقع الامر . اما التمثلات التي يصب عليها الليبيدو من الآن فصاعدا طاقته فتنتمي الى نسق اللاشعور ، وتخضع للسيرورات التي تتم داخل هذا النسق ، وفي المقام الاول التكثيف والنقل . وهنا يواجهنا موقف مطابق للموقف المميز لتكوين الاحلام . فنحن نعلم ان الحلم بحصر المعنى ، اي الحلم الذي تشكل في اللاشعور كتحقيق لرغبة خيالية لاشعورية ، يصطدم بنشاط (قب)شعوري محدد . وهذا النشاط يفرض على الحلم اللاشعوري رقابته ، فتكون النتيجة حلا وسطا يتمثل بتكوين حلم ظاهر . والحال ان ذلك هو ايضا شأن الليبيدو الذي لا بد لموضوعه ، القابع في اللاشعور ، ان يحسب حساب قوة الانا القبشعوري . فالمعارضة التي تجابه هذا الموضوع في داخل الانا تمثل بالنسبة الى الليبيدو

نوعا من «هجوم مضاد» موجه ضد موقعه الجديد وترغمه على اختيار نمط تعبير قابل لان يصبح نمط تعبير الانا ايضا . هكذا يرى النور العرض ، الذي هو نتاج محرف للاشباع اللاشعوري لرغبة ليبيدوية ، اشبه بتورية جرى اختيارها ببراعة ولها معنيان متعارضان كل التعارض . الا ان بين الحلم والعرض فارقا بصدد النقطة الاخيرة هذه ، اذ ان القصد القبشعوري في الحلم يرمي فقط الى صون النوم ، والى سد المنفذ الى الشعور على كل ما من شأنه تعكيره وإقلاقه ؛ فهو لا يواجه الرغبة اللاشعورية بفيتو جازم باتر ، ولا يصيح بها : كلا ! العكس هو المطلوب ! بل لا بد ان يكون القصد القبشعوري، عندما يكون لهدور فيالحلم، اكثر تسامحا، لان وضع الانسان النائم أقل عرضة للخطر ، على اعتبار ان حالة النوم تؤلف بحد ذاتها حاجزا يحول دون اي اتصال مع الواقع .

هكذا ترون انه اذا كان في مستطاع الليبيدو ان يتملص من الشروط التي يخلقها الصراع ، فانما يدين بذلك لوجود التثبيتات. فالليبيدو ، اذ يرتد الى التثبيتات ، يلغي مفعول الكبت ويظفر بنوع من التصريف او الاشباع ، على ان يراعي شروط التسوية او الحل الوسط . وعن طريق لفه ودورانه عبر اللاشعور والتثبيتات القديمة يفلح في خاتمة المطاف في الوصول الى اشباع فعلي وان يكن محدودا غاية المحدودية حتى ليكاد يتعذر تعرفه على انه اشباع حقا . ولي بصدد هذه النتيجة النهاية ملاحظتان : اولا ، اني ألفت انتباهكم الى الوشائج الوثيقة التي تقوم هنا بين الليبيدو واللاشعور ، ثم بين الشعور والواقع ، وهذا على الرغم من ان كل زوج من هذين الزوجين لا يكون مرتبطا اول الامر بعضه ببعض بأي رابط ؛ ثانيا ، أود أن أنبهكم ، مؤكدا على ضرورة عدم تناسي ذلك ، الى ان كل ما ذكرته لكم وكل ما سأقوله لكم لاحقا يتصل فقط بتكوين الاعراض في العصاب الهستيري .

اين يجد الليبيدو التثبيتات التي يحتاج اليها ليشق لنفسه طريقا عبر ضروب الكبت ؟ يجدها في نشاطات الجنسية الطفلية

وخبراتها ، في ميول الطفولة الجزئية ومواضيعها المهجورة . الى هذا كله يرتد الليبيدو . وأهمية الطفولة مزدوجة : فالطفل ، من جهة اولى ، يفصح لاول مرة عن غرائز وميول يحملها معه الى العالم في شكل استعدادات فطرية ، ويتعرض ، من الجهة الثانية ، لمؤثرات خارجية وخبرات وأحداث عارضة تنشط لديه غرائز اخرى . وأعتقد ان من حقنا الذي لا جدال فيه ان نأخذ بهذا التقسيم . وتظاهر الاستعدادات الفطرية لا يثير اي اعتراض نقدي ؛ غير ان التجربة التحليلية ترغمنا تحديدا على التسليم بأن بعض الاحداث والخبرات العارضة الخالصة التي تقع في عهد الطفولة قادرة على ان تترك نقاط ارتكاز لتثبيتات الليبيدو . ولست ارى في ذلك أصلا اية صعوبة نظرية . فالاستعدادات الجبلّية هي بلا مراء آثار وبقايا خلفها لنا أسلافنا الاقدمون ؛ وقد كانت بدورها صفات وطبائع جرى اكتسابها في زمن من الازمان، اذ بدون اكتساب لا تكون هناك وراثة . فهل من المعقول ان يبطل لدى الجيل الذي نحن بصدد دراسته اليوم تحديدا مفعول تلك القدرة على اكتساب صفات وطبائع جديدة قابلة للتناقل وراثيا ؟ ان أحداث الحياة الطفلية وخبراتها لا يجوز الانتقاص من قدرها وأهميتها ، كما يميل الناس الى ان يفعلوا ذلك بملء الطواعية ، لصالح أحداث الحياة وخبراتها لدى الاسلاف او لدى الفرد وهو في طور النضج والرشد ؛ بل على العكس من ذلك تماما : فالوقائع التي تزخر بها حياة الطفولة تستأهل اعتبارا خاصا ، اذ تتمخض عن عواقب يزيد في خطورتها كونها تقع في عهد لا يكون فيه التطور قد اكتمل بعد ، وهذا بالتحديد ما يجعل لها اثرا رضيا. وقد بيَّنت أبحاث رو (١) Roux وغيره حول أوالية النمو ان

١ ـ اميل رو : طبيب فرنسي (١٨٥٣ ـ ١٩٣٣) ، تلميذ باستور ، مبتكر علاج الخناق عن طريق مصل الحصان ، وله ابحاث في السميات . ـم ـ

ابسط جرح ، ولو كان وخزة ابرة مثلا ، يصيب الجنين في طور الانقسام الخلوي يمكن ان يتسبب في اضطرابات خطيرة للغاية في النمو . ولكن اذا ما اصاب جرح مماثل اليرقانة او الحيوان المكتمل النضج ، لم يترك أي أثر ضار .

ان تثبيت الليبيدو لدى الراشد – وقد ادخلناه في معادلة مبحث اسباب الاعصبة بصفته ممثلا للعامل الجبلّي – يغدو قابلا الان للرد الى عاملين جديدين : الاستعداد الوراثي والاستعداد المكتسب في الطفولة الاولى . وأنا أعلم ان الرسم البياني يحظى على الدوام بقبول طالبي العلم . وعلى هذا ، سنلخص العلاقات بين مختلف العوامل في الرسم البياني التالي :

اسباب الاعصبة = **استعداد بحكم تثبيت الليبيدو** + **أحداث وخبرات عارضة (رضية)**

الجبلة الجنسية أحداث الحياة ما قبل التاريخية وخبراتها — **أحداث الحياة الطفلية وخبراتها**

تشتمل الجبلّة الجنسية الوراثية على تشكيلة كبيرة من الاستعدادات ، تبعا لارتكاز الاستعداد الى هذا الميل الجزئي او ذاك بوجه الخصوص ، منفردا او مقترنا بميول جزئية اخرى . وتؤلف الجبلة ، بالارتباط مع أحداث الحياة الطفلية وخبراتها ، «سلسلة متتامة» جديدة ، مشابهة كل المشابهة للسلسلة التي أكدنا وجودها كنتيجة للارتباط بين الاستعداد وبين أحداث حياة الراشد وخبراتها العارضة . وبوسعنا في هذا الصدد ان نتساءل عما اذا لم يكن أظهر أشكال نكوص الليبيدو ، أعني نكوصه الى

طور سابق من أطوار التنظيم الجنسي ، لا يتعين في المقام الاول بالشروط الجبلّية الوراثية . لكن حسنا نفعل لو أرجأنا الاجابة عن هذا السؤال الى ان يغدو في متناولنا طائفة أوفر عددا من اشكال الاصابات العصابية .

لنتوقف الان عند هذه النتيجة التي افضى اليها البحث التحليلي ، اذ بيّن لنا ان ليبيدو المصوبين مرتبط بأحداث حياتهم الجنسية الطفلية وخبراتها . فهذه الاحداث والخبرات تكتسب فيما يبدو ، على ضوء هذه الحقيقة ، اهمية حيوية بالنسبة الى الانسان ، وتلعب دورا خطيرا للغاية في ظهور الامراض العصبية . هذه الاهمية وهذا الدور كبيران للغاية بلا جدال ، ما دمنا ننظر اليهما من وجهة النظر العلاجية ليس الا . لكن لو ضربنا صفحا عن المجهود العلاجي ، لادركنا بسهولة اننا نجازف بالوقوع في شرك سوء الفهم ، اذ نكوّن عن الحياة تصورا أحادي الجانب ، لا اساس له يقوم عليه سوى الموقف العصابي وحده. والحق ان اهمية الاحداث والخبرات الطفلية تتناقص بحكم من ان الليبيدو ، في حركته النكوصية ، لا يرتد اليها ليتثبت عليها الا بعد ان يطرد من مواقعه المتقدمة . والاستنتاج الذي يفرض نفسه ، فيما يبدو ، في هذه الشروط هو ان الاحداث والخبرات الطفلية موضوع البحث ما كان لها ، يوم حدثت ، من اهمية ، ولم تصبح ذات شأن واهمية الا نكوصيا . وتذكروا اننا وقفنا شبيه هذا الموقف في اثناء مناقشتنا عقدة اوديب .

لن يشق علينا ان نحدد موقفنا بصدد الحالة الخاصة التي نحن بصدد البحث فيها . فالرأي القائل إن التحول الليبيدوي ، وبالتالي الدور الإمراضي لأحداث الحياة الطفلية وخبراتها ، يعززهما الى حد كبير نكوص الليبيدو رأي له ما يبرره بكل تأكيد، لكن من شأنه مع ذلك ان يوردنا موارد الخطأ لو اخذنا به بلا تحفظ . فلا بد لاعتبارات اخرى ان تدخل في الحسبان .

فالمشاهدة ، اولا ، تدل بصورة لا يرقى اليها الشك ان أحداث الحياة الطفلية وخبراتها لها اهميتها الخاصة التي تتجلى منذ نعومة أظفار الفرد . فثمة أعصبة طفلية ايضا ، والنكوص الزمني لا يلعب فيها دورا يذكر او لا يحدث على الاطلاق ، اذ يظهر المرض مباشرة في أعقاب حادثة رضية . ومن شأن دراسة هذه الاعصبة الطفلية ان تعصمنا من أشكال عديدة وخطيرة من سوء الفهم لأعصبة الراشدين ، تماما كما ان دراسة الاحلام الطفلية قد هدتنا الى الطريق الذي يمكن ان يقودنا الى فهم احلام الراشدين . والحال ان الاعصبة الطفلية شائعة جدا ، بل اكثر شيوعا بكثير مما نتصور . لكن الناس لا يلتفتون اليها في كثير من الاحيان ، ويعدونها مظاهر للخبث او للتربية السيئة ، وكثيرا ما تقمعها السلطات المشرفة على حضانة الاطفال ، ولكن من السهل تعرفها من خلال آثارها اللاحقة وعن طريق الفحص الارتجاعي . وهي تتجلى في اغلب الاحيان في شكل **هستيريا حصرية** ، ولسوف تعلمون ما المقصود بذلك في مناسبة اخرى . وحين يثور عصاب من الاعصبة في طور لاحق من اطوار الحياة ، يكشف لنا التحليل باطراد عن انه عقبى مباشرة لعصاب طفلي ما تسنى له في حينه ان يتظاهر الا في شكل مقنّع وعلى نحو بدائي . غير ان هناك ، كما ذكرنا ، حالات تستمر فيها هذه العصبية الطفلية بلا انقطاع حتى لتؤول الى مرض يلازم الفرد طول حياته . وقد تأتى لنا ان ندرس على الاطفال بالذات ، في حالتهم الراهنة ، بعضا من أمثلة العصاب الطفلي ؛ لكن تعين علينا في اغلب الاحوال ان نكتفي باستنتاج وجود عصاب طفلي على ضوء وجود عصاب في سن النضج ، الامر الذي اقتضانا تصويبات واحتياطات معينة .

ثانيا ، اننا مكرهون على الاقرار بأن نكوص الليبيدو المطرد هذا نحو مرحلة الطفولة ما كان له الا ان يثير عجبنا واستغرابنا لولا ان هذه المرحلة تحتوي على شيء يمارس على الليبيدو اغراء وجذبا . والتثبيت ، الذي نسلّم بوجوده في مراحل بعينها من المسار الذي

يسلكه التطور ، ما كان ليكون له من مضمون او معنى لو تصورناه تبلورا لكمية معينة من الطاقة النفسية . ويتعين علي اخيرا أن أذكركم بأنه تقوم بين الاحداث والخبرات الطفلية وبين الاحداث والخبرات في المرحلة التالية من الحياة علاقة تتام مماثلة ، من حيث الشدة والدور الإمراضي ، للعلاقة التي تحققنا من وجودها في السلاسل التي تقدمت بنا دراستها . وثمة حالات يتألف فيها العامل المسبِّب الاوحد من الخبرات الجنسية في طور الطفولة ، وهي خبرات ذات اصل رضي بكل تأكيد وآثارها لا تتطلب ، كيما تفصح عن نفسها ، من شروط اخرى غير تلك الشروط التي تقدمها الجبلّة الجنسية المتوسطة وعدم نضجها . لكن ثمة حالات بالمقابل يتعين علينا ان نبحث فيها عن اسباب نشوء العصاب في صراعات لاحقة ، ويبدو فيها دور الانطباعات الطفلية ، الذي يكشف عنه التحليل ، كأنه نتيجة للنكوص . هكذا يكون لدينا قطبان : «تعطل التطور» و«النكوص» ، وبين هذين القطبين جميع درجات تراكب هذين العاملين .

لجميع هذه الوقائع قدر من الاهمية بالنسبة الى علم التربية الذي يتطلع الى اتقاء شر الاعصبة بالتدخل المبكر في حياة الطفل الجنسية . اذ ما دام الاهتمام كله منصبا على الاحداث والخبرات الجنسية الطفلية ، فقد يحسب المربي انه فعل كل ما هو مطلوب لاتقاء شر الامراض العصبية متى ما عمل على تأخير التطور الجنسي ووقاية الطفل من الانطباعات ذات الصفة الجنسية . لكننا نعرف من قبل ان الشروط المعيِّنة للاعصبة أشد تعقيدا بكثير ، ولا تخضع لتأثير عامل واحد أحد . وفرض رقابة صارمة على الطفل أمر لا يجدي فتيلا ، لان مثل هذه الرقابة لا حيلة لها ازاء العامل الجبليّ ؛ ثم ان تطبيقها أعسر مما يعتقد المربون وينطوي على خطرين لا يجوز الغض من شأنهما : فهي تتجاوز من جهة اولى هدفها اذ تشجع كبتا جنسيا مشتطا ، وقد تترتب عليه عواقب

وخيمة ؛ وتلقي بالطفل من جهة ثانية في خضم الحياة دونما وسيلة دفاع يتصدى بها لدفق الميول الجنسية الذي لا بد ان يأتي مع البلوغ . اذن ففوائد الحماية والوقاية الجنسية للطفولة موضع شبهة كبيرة ، ومباح لنا ان نتساءل عما اذا لم يكن يجدر بنا ان نبحث في غير هذا الموقف من وقائع الحياة عن نقطة ارتكاز للحماية والوقاية من الاعصبة .

لكن لنعد أدراجنا الى الاعراض . فهذه الاعراض تخلق بديلا عن الاشباع الذي ضن به الواقع ، وذلك بحمل الليبيدو على التراجع الى أطوار سابقة ، مما يعني الارتداد الى المواضيع التي تميزت بها هذه الاطوار او الى التنظيم الذي كانت عليه الجنسية أثناءها . وقد علمنا من قبل ان المعصوب شخص موثق الرباط الى فترة معينة من ماضيه ؛ وهي الفترة التي لم يكن فيها ليبيدواه محروما من الاشباع ، بل كان فيها هذا الشخص في حال من السعادة . وهو ينقب في ماضيه بحثا عن مثل تلك الفترة ، وقد يتراجع القهقرى الى طفولته الاولى المبكرة على نحو ما ترسمها له ذاكرته او تصورها له قرائن لاحقة . والعرض يكرر بصورة او بأخرى ذلك الاشباع المظفور به في الطفولة الاولى ، ولكنه اشباع تحرفه الرقابة التي تتولد من النزاع ويصحبه في العادة احساس بالالم ، وتختلط به عوامل تنتمي الى الاستعداد المرضي . والاشباع الذي يتأتى عن العرض لمن طبيعة غريبة . ونحن لا نتكلم هنا فحسب عما يشعر به الشخص المعني من ان هذا الاشباع اقرب الى ان يكون مصدرا للالم وللشكوى : فهذا التحول هو نتيجة الصراع النفسي الذي تحت ضغطه تكوّن العرض اصلا . فما كان في الماضي اشباعا للفرد ، لا مفر من ان يقابل منه اليوم بالمقاومة او النفور . ولدينا على تحول المشاعر والاحاسيس هذا مثال لا يلفت الانظار في العادة ، ولكنه بليغ الدلالة . فالطفل الذي كان يمص بنهم في ماضي الايام اللبن من ثدي أمه لا يلبث بعد بضع سنوات ان ينفر من اللبن نفورا شديدا تلقى التربية العنت في

التغلب عليه . وقد يستفحل هذا النفور احيانا فينقلب قرفا وتقززا ، اذا ما كان اللبن او الشراب الممزوج باللبن مغطى بغشاء رقيق من الجلد . ومن المباح لنا ان نتكهن بأن هذا الجلد يوقظ في نفسه ذكرى الثدي الاموي الذي كان يشتهيه أحر الاشتهاء في السابق . وعلينا ان نضيف على كل حال انه في اثناء تلك الفترة يكون قد وقع الفطام بما له من أثر رضي .

غير ان هناك سببا آخر يجعل الاعراض تبدو لنا غريبة ، وغير مفهومة من حيث هي وسيلة للاشباع الليبيدوي . فهي لا تذكرنا من قريب او بعيد بما ننتظر منه في العادة وفي الاحوال السوية أشباعا . فهي تضرب صفحا في اغلب الاحيان عن الموضوع وتعزف بالتالي عن كل اتصال بالواقع الخارجي . ونحن نقول ان هذه نتيجة لنبذ مبدأ الواقع وللارتداد الى مبدأ اللذة . غير ان هذا الارتداد هو في الوقت نفسه ارتداد الى ضرب من الايروسية الذاتية الموسعة ، الى تلك الايروسية التي أمّنت للميول الجنسية تلبيتها الاولى . فالاعراض تستعيض عن تغيير العالم الخارجي بتغيير في الجسم نفسه ، وبالتالي عن نشاط خارجي بنشاط داخلي ، وعن الفعل بتكيف ، وهذا ما يقابله ، من وجهة النظر السلالية ، نكوص له دلالته الكبيرة هو الآخر . ولن يتأتى لنا ان نفهم كل ما تقدم حسن الفهم الا على ضوء معطية جديدة ستكشف لنا عنها لاحقا ابحاثنا التحليلية بصدد تكوّن الاعراض . ولنتذكر علاوة على ذلك ان تكوّن الاعراض تتضافر عليه السيرورات اللاشعورية عينها التي رأينا دورها في تشكيل الاحلام ، أعني التكثيف والنقل . فالعرض ، نظير الحلم ، يمثل الشيء وكأنه تحقق ، ويرارىء بإشباع على الطريقة الطفلية ، غير ان هذا الاشباع قد يتركز ، بفعل تكثيف شديد الى اقصى درجاته ، في احساس واحد او تعصيب واحد ، كما انه قد يقتصر ، بفعل نقل متطرف ، على جزء يسير من المركب الليبيدوي بأسره . فلا غرو ان يعسر علينا ، نحن ايضا ، ان نتعرف في

العرض الاشباع الليبيدوي الذي نشتبه في وجوده والذي ننتهي دوما الى التحقق منه .

لقد ذكرت لكم انكم ستطلعون بعد على شيء جديد . وبالفعل، ما هذا الشيء بجديد فحسب ، بل يبعث ايضا على الدهش والاستغراب . فأنتم تعلمون اننا اذ نجعل من تحليل الاعراض منطلقا لنا نصل الى معرفة الاحداث والخبرات الطفلية التي تثبت عليها الليبيدو والتي منها تصاغ الأعراض . والعجيب في الامر ان هذه المشاهد الطفلية ليست على الدوام بحقيقية . أجل، انها ليست حقيقية في غالب الاحيان، بل انها في بعض الاحوال مجافية بصورة مباشرة للحقيقة التاريخية . أليس من شأن هذا الاكتشاف ان ينزع الثقة ، اكثر من اية حجة أخرى ، إما بالتحليل الذي يفضي الى نتيجة كهذه ، واما بالمريض الذي على أقواله ينهض صرح التحليل وفهم الاعصبة ؟ ثم ان هذا الاكتشاف يزرع في النفس بلبلة شديدة . فلو كانت الاحداث والخبرات الطفلية التي يميط التحليل اللثام عنها واقعية دوما وعلى كل حال ، لساورنا شعور بأننا نتحرك فوق ارض ثابتة ؛ أما لو كانت كاذبة على الدوام ، ولا تعدو في جميع الاحوال ان تكون من نسج خيال المريض ، فلن يبقى أمامنا من خيار غير ان نبرح هذه الارض المتقلقلة لنلوذ بأخرى . لكن أيا من هذين الخيارين غير متاح لنا : فالاحداث والخبرات الطفلية ، التي يستحضرها التحليل او يعيد بناءها، تكون تارة كاذبة بلا جدال ، وطورا صادقة بلا جدال ايضا، وفي غالب الاحوال مزيجا من الحق والباطل . اذن فالأعراض تمثل تارة أحداثا وخبرات وقعت حقا ولا مندوحة لنا من الاعتراف بتأثيرها في تثبيت الليبيدو ، وطورا تخييلات من نسج المرضى ، فلا يسعنا ان نعترف لها بأي دور في نشوء المرض . ومن شأن هذا الموقف ان يزج بنا في ارتباك شديد . غير اني أذكركم بهذا الصدد ان بعض ذكريات الطفولة التي يحتفظ بها الناس ماثلة في واعيتهم دوما ، خارج نطاق اي تحليل وبصورة مستقلة عنه ، قد

تكون هي الاخرى باطلة او قد تؤلف مزيجا من الحق والباطل . والحال انه نادرا ما يستعصي علينا في مثل هذه الاحوال ان نسوق الدليل على البطلان والزيف ؛ وقد يكون لنا في هذا ، على الاقل ، عزاء يطمئننا الى ان التبعة في البلبلة التي تحدثت عنها تقع على عاتق المريض ، لا التحليل .

حسبنا ان نعمل فكرنا قليلا لنتبين ما الذي يحيرنا ويبلبلنا في هذا الموقف : انه ازدراء المريض للواقع ، وعدم اكتراثه المطلق بالفارق بين الواقع والخيال . وقد نميل الى مؤاخذة المريض على ما يبدده من وقتنا بقصصه المختلقة . فنحن نرى الواقع منفصلا عن الخيال بهوة لا قرار لها ، ونقيِّمه تقييما مغايرا تماما . وتلكم هي اصلا وجهة نظر المريض ايضا عندما يفكر تفكيرا سليما سويا . فحينما يشرع بأن يستحضر لنا المواد المستترة خلف الاعراض ، والكاشفة عن مواقف منشرطة بأحداث الحياة الطفلية وخبراتها ، والمتألفة نواتها من رغبة تلوب على اشباع لها ، نتساءل دوما في اول الامر عما اذا كانت هذه الاشياء حقيقية او خيالية. ثم لا تلبث ، في وقت لاحق ، ان تتجلى لنا علامات معينة تأذن لنا بأن نقطع في المسألة باتجاه او بآخر ، فنبادر الى اطلاع المريض على النتيجة التي انتهينا اليها . لكن مسارّرة المريض هذه لا تتم بدون عناء . فلو صارحناه من اول الامر بأنه يسرد على مسامعنا احداثا خيالية يموه بها تاريخ طفولته ، مثلما تستعيض الشعوب بالاساطير عن تاريخ ماضيها المنسي ، للاحظنا ان اهتمامه بمتابعة السرد يخفت فجأة ، وهذه نتيجة ما كنا بحال لنتمناها . فهو يريد ، هو ايضا ، ألا يتعامل الا مع الاشياء الواقعية ، ويبدي عن عميق ازدرائه للاشياء الخيالية . لكن لو حدانا حرصنا على نجاح عملنا التحليلي الى الايحاء للمريض بأن ما يسرده علينا يمثل الاحداث الواقعية في طفولته فعلا ، لعرضنا انفسنا لملامته لاحقا ولآخذنا على خطئنا ولسخر من سذاجتنا وسرعة تصديقنا. ويشق عليه ان

يفهمنا حين نحثه على ان يساوي في النظر بين الواقع والخيال ، وحين نطلب اليه الا يشغل نفسه ، في اثناء سرده لأحداث طفولته التي نبغي تقصيها ، بمعرفة هل هي صادقة او كاذبة . لكن من الواضح مع ذلك ان هذا هو الموقف الوحيد الذي يتوجب علينا ان نوصي به حيال هذه المبتدعات النفسية . ذلك ان هذه المبتدعات واقعية ، هي الاخرى ، بمعنى ما : صحيح ان المريض هو الذي اختلق تلك الاحداث الخيالية ، لكن هذه الواقعة لا تقل اهمية ، من منظور العصاب ، مما لو كان المريض عاش فعلا الاحداث التي يتكلم عنها . فالتخيلات لها واقعها **النفسي** بالتعارض مع الواقع **المادي** ، وبذلك نستوعب تدريجيا الحقيقة التالية وهي ان **الواقع النفسي هو الذي يلعب في عالم الاعصبة الدور الفاصل .**

من بين الاحداث والخبرات التي تطالعنا في قصص طفولة المعصوبين ، جميعهم تقريبا ، وقائع تستأهل اهتماما خاصا لما لها من اهمية خطيرة . ومنها: مشاهدة الطفل لعملية الاتصال الجنسي بين الوالدين ، أو تغرير شخص راشد به ، او تهديده بالخصاء. ومن الخطأ ان نعتقد ان هذه محض تخيلات ، لا اساس لها من الواقع . بل من الممكن ، على العكس ، اثبات حقيقة هذه الوقائع على نحو لا يرقى اليه الشك ، وذلك باستجواب اقرباء المريض الاكبر منه سنا . ولا يندر ان نعلم ، مثلا ، ان صبيا صغيرا طفق يلعب بعضوه التناسلي على نحو غير محتشم ، ومن دون ان يدري بعد ان هذا عمل يجب ان يتم في الخفاء وان يستتر عن الأعين ، فاذا بوالديه او القائمين على تربيته يتوعدونه ببتر قضيبه او يده الآثمة . واذا ما استجوبنا الوالدين لم يترددا في الاعتراف بذلك، لانهما يرتئيان انهما كانا على حق اذ زجرا الطفل على ذلك النحو؛ والحال ان بعض المرضى يحتفظون بذكرى كاملة وواعية عن هذا التهديد ، وعلى الاخص اذا وجه اليهم في طور متأخر من طفولتهم . وحينما يصدر هذا الوعيد عن الأم او اي شخص آخر من الجنس المؤنث ، فانها تشير الى ان الاب او الطبيب هو الذي

سيتولى التنفيذ . وفي الكتاب الشهير Struwwelpeter الذي وضعه طبيب الاطفال الفرنكفورتي هوفمان ، والذي يشع بسحر فهمه العميق للعقد الجنسية وعقد الطفولة الاخرى ، نرى الخصاء قد استبدل بالتهديد ببتر الابهام عقابا للطفل على عناده بمصه . غير انه يبعد في الواقع ان يتعرض الاطفال للتهديد بالخصاء بمثل ذلك التواتر الذي يوحي به تحليل المعصوبين . بل لدينا اسباب وجيهة للافتراض بأن الطفل يتخيل هذا التهديد ، اولا بالاستناد الى بعض التلميحات ، وثانيا لمعرفته بأن الاشباع الايروسي الذاتي محظور ، وأخيرا تحت وقع اكتشافه للجهاز التناسلي المؤنث . كذلك ليس من المستبعد اطلاقا ، حتى في الاسر غير البروليتارية، ان يكون الطفل ، الذي يحسبه الراشدون عاجزا عن الفهم والتذكر ، قد شهد فعل الاتصال الجنسي بين والديه او غيرهما من الراشدين ، فلما فهم فيما بعد ما رآه حدث لديه رد فعل على الانطباع الذي تلقاه . لكنه حين يصف العلاقات الجنسية ، التي يمكن ان يكون قد شاهدها ، بتفاصيل بالغة الدقة يتعذر ان يكون قد رصدها بنفسه ، او حينما يصفها ، كما هي الحال في الكثرة الغالبة من الاحيان ، وكأن الجماع يحدث فيها من خلف ، لا يعود ثمة من شك في ان هذا التخيل يرتبط بمرأى فعل النزاء بين الحيوانات (الكلاب) ، وفي ان علته هي حالة الحرمان التي يعانيها الطفل في زمن البلوغ ، وهو الذي لم يتأت له سوى انطباع بصري . لكن اغرب حالات هذا النوع من الحالات وأشدها تطرفا ان يزعم الطفل انه رأى بأم عينه الجماع بين والديه وهو لما يزل جنينا في بطن امه . اما استيهام التغرير فله اهمية خاصة ، لانه لا يكون في اغلب الاحيان واقعة مختلقة ، بل ذكرى حادثة فعلية. غير ان هذه الحادثة الفعلية ، على اطرادها ، ليست بذلك القدر من التواتر الذي يمكن ان توحي به نتائج التحاليل . والتغرير بالاطفال من قبل اطفال يكبرونهم او يعادلونهم سنا اكثر تواترا من

التغرير بهم من قبل راشدين ؛ وحينما يقوم الاب بدور المغـــوي (كما هي القاعدةشبه المستديمة) في القصص التي ترويها البنات الصغيرات ، فان الطابع الخيالي لهذا الاتهام لا يعود موضع شك ، كذلك ينتفي كل شك بصدد الدافع الى اختلاقه . فعن طريق استيهام التغرير ، مع انه ما من شيء يشبه التغرير قد وقع ، يبرر الطفل في العادة المرحلة الايروسية الذاتية منشاطه الجنسي . فهو اذ يرجع في خياله موضوع رغبته الجنسية الى تلك الفترة الباكرة من طفولته ، يعفي نفسه من شعور الخجل الذي لا بد ان يساوره على تعاطيه الاستمناء . ومع هذا لا تحسبوا ان التعدي الجنسي على الاطفال من قبل اقرب أقاربهم الذكور فعلة لا وجود لها الا في عالم الخيال . ولا بد ان يكون معظم المحللين قد عالجوا حالات وقع فيها هذا التعدي فعلا ، وأمكن اثباته على نحو لا يرقى اليه الشك ؛ وكل ما هنالك ان هذا التعدي وقع في عهد متأخر بكثير عن العهد الذي يعزوه الطفل اليه .

يلوح لنا مما تقدم ان أحداث الطفولة وخبراتها هذه كلها هي عنصر ضروري ، لا غنى عنه ، للعصاب . فان تكن هذه الاحداث والخبرات لها ما يناظرها في الواقع ، فذاك أيسر ؛ وأما ان أنكرها الواقع وطعن فيها ، فانها تتشكل طبقا لقرائن وشواهد محددة ، ثم يتولى الخيال تكميلها. والنتيجة واحدة ، ولم يتح لنا الى اليوم ان نلحظ فارقا في المفعول تبعا لكون أحداث الحياة الطفلية من نتاج الواقع او من نسج الخيال . هنا نلتقي مرة اخرى بواحدة من تلك العلاقات المتتامة التي تقدم بنا الحديث عنها تكرارا ، غير ان العلاقة الاخيرة هذه هي اغرب ما عرفناه قط . فمن اين تنبـــع الحاجة الى هذه الاختلاقات ، ومن اي معين يقبس الطفل مادتها؟ أما فيما يتعلق بالدوافع اليها فلا يمكن ان يكون موضع شك ؛ لكن يبقى علينا ان نفسر لماذا تتكرر التخييلات عينها دوما ، ولماذا يكون لها دوما مضمون واحد لا يتغير . اعلم انالجواب الذي في مكنتي ان أعطيه عن هذا السؤال سيبدو لكم مسرفا في الجرأة . فأنـــا

أعتقد ان هذه **التخييلات البدائية** ــ فذلك هو الاسم الـــذي يناسبها هي وبعض تخييلات اخرى ــ تؤلف ميراثا سلاليا . فعن طريق هذه التخييلات يلوذ الفرد من جديد بحمى الحياة البدائية اذا ما اشتد عليه شظف العيش . ومن المحتمل ، في رأيي ، ان كل ما يروى لنا في اثناء التحليل من تخييلات ، كالتغريـــر بالاطفال ، والتهيج الجنسي لمرأى الاتصال الجنسي بين الوالدين، والتهديد بالخصاء ، او الخصاء نفسه بالاحرى ــ من المحتمل ان كل هذه الاختلاقات كانت في ما سلف من الزمن ، في الاحقاب البدائية للاسرة البشرية ، حقائق ووقائع ، وان الطفل ، باطلاقه العنان لخياله ، يسد ثغرات الحقيقة الفردية بالاعتماد على الحقيقة ما قبل التاريخية . وكثيرا ما تراءى لي ان علم نفس الاعصبة أقدر من اي مصدر آخر على تزويدنا بالمعلومات عن الاطوار البدائية من التطور البشري .

ان المسائل التي عالجناها هنا ترغمنا على ان ندرس عن كثب مشكلة أصل هذا النشاط الذهني المسمى بـ «التخيل» ودوره . فالتخيل ، كما تعلمون ، له اعتبار عظيم ، وان لم تكن لدينا فكرة دقيقة عن المكانة التي يشغلها في الحياة النفسية . وهاكم مـــا استطيع ان اذكره لكم حول هذا الموضوع . فتحت ضغط الضرورة الخارجية يجد الانسان نفسه منقادا رويدا رويدا الى تقييم الواقع تقييما صحيحا ، مما يتيح له ان يتعلم كيف يكيّف سلوكه مع ما أسميناه بـ «مبدأ الواقع» ، وأن يعزف ، بصورة مؤقتة او دائمة ، عن مواضيع وأهداف شتى لنوازعه اللذية ، بما فيها النـــازع الجنسي . ولقد كان هذا العزوف عن اللذة امرا شاقا على الانسان على الدوام ؛ وهو لا يصدع بأمره الا مقابـــل ضرب من ضروب التعويض . لذا اختص الانسان نفسه بنشاط نفسي يتيح لجميع مصادر اللذة ولجميع وسائل اجتناء اللذة التي هجرها ان تواصل وجودها في شكل يحميها من مقتضيات الواقع ويعفيها مما نسميه

بامتحان الواقع . وهكذا يتلبس كل ميل اللبوس الذي يبدو فيه ملبى مشبعا ، وليس من شك في ان تعليل النفس بالاشباع الخيالي للرغبات يجلب للفرد شعورا بالرضى لا يعكره ادراكه لعدم واقعيته . اذن فالانسان ، باطلاقه العنان لخياله ، ينعم من جديد ، ازاء الاكراه الخارجي ، بتلك الحرية التي اضطر منذ زمن بعيد الى التنازل عنها في الحياة الواقعية . وبذلك ينجز مناورة بارعة تتيح له ان يكون بالتناوب حيوانا يسعى وراء المتعة وكائنا عاقلا . فالاشباع الهزيل الذي يتسنى له ان ينتزعه من الواقع لا يروي غليله . وقد قال ت. فونتان (٢) Fontane في احد كتبه: «من المحال ان يستغني الانسان عن انشاءات تخيلية مساعدة» . وبناء مملكة الخيال النفسية له ما يناظره ويماثله في انشاء «أوقاف طبيعية» حيثما تهدد مقتضيات الزراعة والصناعة والمواصلات بتغيير منظر الارض الاصلي الى حد لا يعود معه الانسان يتعرفه . ف «الوقف الطبيعي» يديم تلك الحالة البدائية التي اضطر الانسان الى التضحية بها ، آسفا في كثير من الاحيان، نزولا عند امر الضرورة . وفي هذه «الاوقاف الطبيعية» ينبغي أن ينبت كل شيء وينمو ويتفتح بلا اكراه ، بما في ذلك ما لا ينفع وما قد يضر . ومملكة الخيال النفسية وقف من هذا النوع ، لا يخضع لسلطان مبدأ الواقع .

ان اشهر منتجات الخيال هي «أحلام اليقظة» التي سبق لنا الكلام عنها ، وهي بمثابة تلبيات وهمية لرغبات في الطموح والعظمة او لرغبات ايروسية ؛ وتكون هذه التلبيات الوهمية ادنى الى التمام ، او اكثر اتساما بالشهوانية ، كلما تشدد الواقع في

---

٢ – تيودور فونتان : كاتب الماني (١٨١٩ – ١٨٩٨) ، له اشعار غنائية وروايات . –م–

طلب التواضع والصبر . واننا لنتعرف بجلاء باهر في احلام اليقظة هذه جوهر تلك السعادة الخيالية التي تجعل اجتناء اللذة مستقلا عن مصادقة الواقع . ونحن نعلم ان احلام اليقظة هذه تؤلف نواة الاحلام الليلية ونموذجها المحتذى . فما الحلم الليلي ، في حقيقته ، الا حلم يقظة اكتسب مزيدا من المرونة بفضل الحرية التي تتاح للميول والنوازع في اثناء النوم ، وحرّفه الجانب الليلي من النشاط النفسي . وقد تآلفنا من قبل مع الفكرة التي مؤداها ان حلم اليقظة لا يكون بالضرورة شعوريا ، وأن ثمة احلام يقظة لاشعورية . اذن فمن الممكن ان تكون احلام اليقظة اللاشعورية هذه مصدرا للاحلام الليلية وللاعراض العصابية على حد سواء .

وهاكم ما من شأنه ان يفهمكم دور الخيال في تكوين الاعراض. فقد سبق ان ذكرت لكم ان الليبيدو يعود ، في مسيرته النكوصية في حالات الحرمان والاحباط ، الى احتلال المواقع التي كان قد تجاوزها وتخطاها ، وان ترك عندها بعضا من نفسه . ولست أريد أن احذف شيئا من هذا التوكيد ، ولا ان اجري عليه تصحيحا ما، غير اني أود ان أدخل عليه حلقة رابطة . اذ كيف يهتدي الليبيدو الى الطريق التي يفترض فيها ان تقوده الى نقاط التثبيت تلك ؟ واقع الحال ان المواضيع والاتجاهات التي هجرها الليبيدو لم تهجر هجرانا تاما مطلقا . فهذه المواضيع والاتجاهات ، او مشتقاتها ، تبقى محفوظة بدرجة ما من الشدة في تصورات الخيال . لذا فحسب الليبيدو ان يرتد الى هذه التصورات لكي يهتدي الى الطريق القمينة بأن تقوده الى جميع تلك التثبيتات المكبوتة . ولقد نعمت هذه التصورات الخيالية بقدر من التسامح، فلم ينشب صراع بينها وبين الانا ، مهما بلغت قوة تعارضها معه . ولقد كان لها ذلك ما دامت تراعي شرطا محددا من طبيعة كمية وهو شرط يخل به ارتداد الليبيدو الى المواضيع الخيالية . فعلى أثر هذا الارتداد تزيد كمية الطاقة المشحونة بها هذه المواضيع ، فيشتد الحاح هذه الاخيرة ، وتبدي عن اندفاع نحو التحقق .

وبذلك ينشب صراع بينها وبين الانا . ولئن كانت في السابق شعورية او قبشعورية ، فانها تتعرض الان لكبت من جانب الانا ، وتقع في مدار جاذبية اللاشعور . ويعود الليبيدو القهقرى من التخيلات التي أضحت الان لاشعورية الى أصولها في اللاشعور ، وصولا الى نقاط تثبيته الخاصة به .

ان نكوص الليبيدو نحو المواضيع الوهمية او التخييلات مرحلة تتوسط الطريق الذي يفضي الى تكوين الاعراض . وهذه المرحلة تستأهل ، على كل حال ، تسمية خاصة . وكان ك.غ. يونغ قد اقترح تسمية موفقة لها هي **الانطواء** (٣) ، لكنه أساء استعمالها بأن اطلقها على اشياء اخرى ايضا . اما نحن فنشير **بالانطواء** الى انصراف الليبيدو عن امكانيات الاشباع الفعلي وانصبابه على تخيلات كانت تعتبر حتى ذلك الحين غير ضارة . فالانطوائي يتخبط في وضع غير مستقر ، ولكن من دون ان يصل بعد الى حدود العصاب ؛ فان لم يجد من منفذ آخر لليبيدواه المكبوت ، ظهرت عليه ، عند اول تغير في ميزان القوى ، الاعراض العصابية. وبالمقابل ، ان الطابع الوهمي للاشباع العصابي وامحاء الفارق بين الخيال واللاواقعية يوجدان لديه ابتداء من مرحلة الانطواء .

لقد لاحظتم بلا شك انني أدخلت ، في شروحي الاخيرة ، عاملا جديدا في سلسلة اسباب نشوء الامراض ، هو كم او مقدار الطاقات ذات العلاقة . وهذا عامل يتعين علينا ان نحسب حسابه

٣ ـ ابتدع يونغ هذا المفهوم سنة ١٩١٠ ليشير به الى انصراف الطاقة الليبيدوية عن الواقع الخارجي وانصبابها على الواقع الداخلي . ولكنه وسع هذا المفهوم ليشمل نوعا من الطباع يتسم بالانغلاق عن العالم الخارجي واعتماد الذات مرجعا اولا وأخيرا ، ويقابله الطبع الانبساطي ، اي المنفتح على العالم الخارجي . ولكن فرويد يستخدم الانطواء Introversion بمعنى ضيق هو انكفاء الليبيدو باتجاه التشكيلات الخيالية او الاستيهامية . ـ م ـ

دوما وفي جميع الحالات . فالتحليل الكيفي المحض للشروط المسببة للامراض لا يفي بالحاجة ولا يستوعب المسألة كلها . وبعبارة اخرى ، ان التصور **الدينامي** المحض للسيرورات النفسية التي نحن بصددها ليس بكاف ، بل نحتاج أيضا الى النظر اليها من منظار **اقتصادي** . فعلينا ان نعلم ان الصراع بين ميلين لا ينشب الا متى ما تم بلوغ درجة معينة من الشده ، حتى وان تكن الشروط الناجمة عن محتوى هذين الميلين موجودة منذ زمن بعيد. كذلك فان الاهمية الإمراضية للعوامل الجبلّية ترتهن بالغلبة الكمية لاحد الميلين الجزئيين على الآخر تبعا للتكوين الجبلّي . بل يسعنا القول ان جميع الاستعدادات البشرية متماثلة كيفا ، ولا تختلف فيما بينها الا بنسبها الكمية . ولا يقل هذا العامل الكمي أهمية من منظور القدرة على مقاومة اصابات عصابية جديدة . فكل شيء يرتهن **بكمية** الليبيدو غير المستخدمة التي يقتدر الفرد ان يحتفظ بها في حالة معلّقة ، **وبمقدار** ما يستطيع ان يحوّله من هذا الليبيدو عن الطريق الجنسي ليوجهه نحو التصعيد . والهدف الاخير للنشاط النفسي ، وهو الهدف الذي يمكن وصفه ، من وجهة النظر الكيفية ، بأنه نزوع الى اجتناء اللذة وتحاشي الالم، يتبدى لنا ، ان نظرنا اليه من وجهة النظر الاقتصادية ، كأنه مجهود للتحكم بكتلة (او كمية) التنبيهات التي مقرها في الجهاز النفسي، والحؤول دون الالم الذي قد ينتج عن ركودها وتراكمها .

هذا كل ما كان بودي ان اقوله لكم بصدد تكوين الاعراض في الاعصبة . غير اني أحرص على ان أكرر على مسامعكم ، على نحو لا يقبل اي لبس ، ان كل ما ذكرته لكم لا يصدق الا على تكوّن الاعراض في الهستيريا . فحتى في العصاب الوسواسي يختلف الموقف ، وان لم تتغير الوقائع الاساسية . فالمقاومات التي يجابه بها الانا اندفاعات الميول والنوازع ـ وقد كنا تكلمنا عن هذه المقاومات ايضا في معرض حديثنا عن الهستيريا ـ تحتل في العصاب الوسواسي مكانة الصدارة وتهيمن على الصورة السريرية

لهذا العصاب في صورة تشكيلات «ارتجاعية» كما نسميها . واننا لنلتقي هذه الفروق ، وأخرى أعمق منها ايضا ، في الاعصبة الاخرى التي لا تزال تنتظر ان تكتمل الابحاث بصدد أوالية تكوين أعراضها .

قبل ان أختم هذه المحاضرة ، أود ان ألفت انتباهكم بعد الى جانب بالغ الطرافة في حياة الخيال . فثمة طريق للاياب من مملكة الخيال الى عالم الواقع : انه الفن . والفنان هو في الوقت نفسه انطوائي يقف عند تخوم العصاب . فهو انسان تحفزه اندفاعات ونوازع بالغة القوة ، فيصبو الى الفوز بالتكريم والعظمة والغنى والمجد وحب النساء . غير انه تعوزه الوسائل لبلوغ هذه التلبية . لذا يشيح ، مثله مثل اي انسان لم تلبَّ رغباته ، عن الواقع ، ويركِّز كل اهتمامه ، وكل ليبيدواه ايضا ، على الرغبات التي تخلقها حياته الخيالية ، مما قد يقوده بسهولة الى العصاب . ولا بد ان تتوفر له ظروف مؤاتية كثيرة كيلا يؤول تطوره الى هذه العاقبة ؛ ومعلوم كم هو كثير عدد الفنانين الذين يعانون تعطلا جزئيا في نشاطهم من جراء اصابتهم بعصاب . ومن المحتمل ان تكون جبلَّتهم منطوية على قابلية عظيمة للتصعيد والإسماء ، وعلى بعض الضعف الذي يحول بينهم وبين انجاح عمليات الكبت القمينة بأن تحسم الصراع . وهاكم كيف يهتدي الفنان من جديد الى طريق الواقع . فليست بي حاجة الى ان اقول لكم انه ليس الوحيد الذي يحيا حياته في الخيال . فمملكة الخيال الوسيطة تحظى بمحاباة البشرية قاطبة ، وكل من عانى حرمانا من شيء ما طرق بابها طلبا للتعويض والعزاء . غير ان عامة الناس لا ينهاون من ينابيع الخيال سوى لذة محدودة . فالطابع الصارم لكبتهم يرغمهم على الاكتفاء بأحلام يقظة ضئيلة العدد ، هذا اذا تأتى لهم ان يعوها ويدركوها . لكن الفنان الحقيقي يستطيع اكثر من هذا . فهو يعرف اولا كيف يلبس احلام يقظته شكلا يحررها من طابعها الشخصي الذي قد يثير نفور الغير، فتصبح مصدر متعة للآخرين.

كما انه يعرف كيف يجمّلها ، بحيث يخفي عن الانظار اصلها المشبوه . ثم انه يملك ، فضلا عن ذلك ، مقدرة عجيبة على صياغة مواد معينة ليجعل منها صورة امينة عن التصور الذي يعتمل في خياله ، وعلى ربط هذا التصور الصادر عن خياله اللاشعوري بمقدار كاف من المتعة ليموه او ليلغي الكبت بصورة مؤقتة على الاقل . فاذا ما افلح في تحقيق هذا كله ، وفَّر للآخرين وسيلة لينهلوا من جديد التفريج والعزاء من ينابيع المتعة في لاشعورهم بالذات ، بعد ان كانت اضحت منيعة عزيزة المنال ؛ وبذلك يظفر بعرفانهم واعجابهم ، ويكون في نهاية المطاف قد ظفر عن طريق خياله بما لم يوجد من قبل الا في خياله : التكريم والعظمة وحب النساء .

المحاضرة الرابعة والعشرون

العصبية العادية

بعد ان قطعنا في محاضراتنا السابقة شوطا غير هين ، أدع الموضوع مؤقتا وأتوجه بالخطاب اليكم .

انا أعلم انكم غير راضين . فقد كانت لديكم فكرة مغايرة عما ينبغي ان يكونه **مدخل الى التحليل النفسي** . كنتم تتوقعون امثلة مستمدة من معين الحياة ، لا عرضا لنظرية . وقد تقولون لي اني حين رويت لكم القصة التي جعلت عنوانها **في الطابق الارضي وفي الطابق الاول** تسنى لكم ان تطلعوا على شيء مما يدخل في باب اسباب الامراض ، ولكن يؤسفكم ان اكون سردت على مسامعكم قصة متخيلة بدل ان اسوق اليكم مشاهدات من صميم الحياة . او قد تقولون لي ايضا اني حين حدثتكم في بادىء الامر عن عرضين لم أختلقهما اختلاقا ، وعرضت لكم كيف آلا الى زوال ،

واوضحت لكم صلاتهما بحياة المريض ، أتحت لكم استشفاف «معنى» الاعراض ، فأملتم لو اني امضي على هذا المنوال . لكني ، بدلا من ذلك ، طفقت أعرض امامكم نظريات مستفيضة ، لا تكتمل ابدا ، ولا أنقطع عن اضافة شيء ما اليها ، متسلحا بمفاهيم لم أعرّفكم بها مسبقا ، ومنتقلا من العرض الوصفي الى التصور الدينامي ، ومن هذا التصور الى ذاك الذي أسميته بـ «الاقتصادي» . وكان من حقكم أن تتساءلوا ان لم يكن بين المفردات التي استعملها كلمات لها مدلول واحد ، فلا أنيب بعضها مناب بعض الا طلبا لتفخيم اللفظ . وأنا لم أفعل شيئا لأفسّر لكم هذه النقاط ؛ بل جعلت ، بدلا من ذلك ، أعرض عليكم تصورات فسيحة وسيعة نظير مبدأ اللذة ومبدأ الواقع والميراث الوراثي السلالي ؛ وعوضا من التقديم والتمهيد لمثل هذه الموضوعات ، رحت أستعرض امامكم اشياء لا أكاد آتي بذكرها حتى تكون قد غابت عن أنظاركم .

لمَ لم أبدأ المدخل الى نظرية الاعصبة بعرض ما تعرفونه أنتم بصدد العصبية وما أثار اهتمامكم منذ عهد بعيد ؟ لمَ لم أبدأ بالحديث عن الطبيعة الخاصة للعصبيين ، وعن استجاباتهم غير المفهومة للعلاقات مع الغير وللمؤثرات الخارجية ، وعن تهيجيتهم، وعن معاناتهم من نقص القدرة على التوقع والتكيف ؟ لمَ لم أنتقل بكم رويدا رويدا من فهم الأشكال البسيطة ، التي نلحظها يوميا ، الى فهم المشكلات المتصلة بالتظاهرات الخارجية والملغزة للعصبية؟

اني لا أماري في صحة شكواكم . ولست أخدع نفسي بصدد فني في العرض ، فأعزو الى كل عيب من عيوبه سحرا خاصا . بل أسلّم بأنه كان من الاجدى لكم لو سلكت غير السبيل الذي سلكت، وهذا ما كنت عقدت عليه العزم اصلا . لكن ليس من اليسير على الانسان دوما ان يحقق مقاصده ، حتى واو كانت خيرها وأدناها الى العقل . فالمادة التي نعالجها بالذات تنطوي على شيء يفرض علينا إمرته ويصرفنا عن مقاصدنا الاولى . وحتى ذلك العمل

العادي الذي يتمثل بترتيب المواد لا يخضع دواما وبتمامه لمشيئة الباحث : فهو يتم من تلقاء نفسه ، وانما بعد ان يكون الذي كان ، يمكن للمرء ان يتساءل لماذا رتبت المواد على هذا النحو لا على غيره .

لعل العنوان : **مدخل الى التحليل النفسي** لا يوائم هذا القسم الذي يتناول الاعصبة . فدراسة الهفوات والاحلام كانت تمهيداً للتحليل النفسي ، غير ان نظرية الاعصبة هي التحليل النفسي بعينه . ولا أعتقد اني استطعت ان أزودكم في مثل هذا الوقت الوجيز وفي مثل هذا الشكل المكثف بمعرفة كافية بنظرية الاعصبة . وقد كنت احرص في المقام الاول على اعطائكم فكرة مجملة عن معنى الاعراض وأهميتها ، وعن أوالية تكوين الاعراض، وعن شروطها الخارجية والداخلية . هذا على الاقل ما حاولت ان افعله ، وهذا على وجه التقريب جوهر ما يمكن للتحليل النفسي ان ينوّرنا به اليوم . ولقد كان في المجال متسع لذكر اشياء كثيرة بصدد الليبيدو وتطوره ، وكذلك بصدد تطور الانا . اما المقدمات التي بنينا عليها تقنيتنا ، والمعالم العريضة لمفهومي اللاشعور والكبت (المقاومة) ، فقد تهيأتم لها في المدخل . وسترون في واحدة من المحاضرات التالية ما النقاط التي يمكن للتحليل النفسي ان يوالي فيها مسيرته الصاعدة . وأنا لم أخف عليكم اساسا ان جميع استنتاجاتنا لم نستخلصها الا من فئة واحدة من الاصابات العصبية : الاعصبة المسماة ب «التحويلية» . بل لم اكن أتمثل في ذهني ، وأنا أحلل أوالية تكوين الاعراض ، سوى العصاب الهستيري وحده . وحتى على فرض انكم لم تظفروا على هذا النحو بأي معرفة متينة ولم تستوعبوا التفاصيل كافة ، فاني آمل مع ذلك ان تكونوا قد كوّنتم فكرة عن الوسائل التي يعتمدها التحليل النفسي في عمله ، وعن المسائل التي يتصدى لها ، وعن النتائج التي توصل اليها .

أفترض اذن انكم تحبذون لو اني بدأت عرض الاعصبة بوصف مسلك العصبيين ، وكيف يعانون من العصاب ، وكيف يحاولون ان يدرؤوه عن انفسهم او ان يتكيفوا معه . وهذا بكل تأكيد موضوع مفيد ومثير للاهتمام ، ولا تعسر معالجته ، ولكن قد يكون من الخطر البدء به . فلو جعلنا نقطة انطلاقنا العصبية العادية ، فلربما كان تعذر علينا اكتشاف اللاشعور ، وادراك الاهمية الكبرى لليبيدو ، ولربما كنا وقعنا في حكمنا على الوقائع وتقييمنا لها تحت تأثير الكيفية التي تتبدى بها لانا المعصوب . والحال ان هذا الانا ، وهذا غني عن البيان ، ليس بالحكم المنزه عن الغرض والذي يمكن ان يركن اليه . وكيف لنا ان نتوقع من الانا ، الذي يملك القدرة على انكار اللاشعور وكبته ، حكما عادلا منصفا بصدد هذا اللاشعور ؟ ان المتطلبات المستهجنة للجنسية هي من اول المواضيع التي يطالها الكبت ، ومن ثم لن يتأتى لنا البتة ان نكوّن فكرة عن اهميتها ودورها من النظرة التي ينظر بها اليها الانا. فحالما تأخذ سيرورة الكبت بالانجلاء لنا ، يكون قد بات لزاما علينا ان نحتاط ، فلا نأخذ حكما ايا من الخصمين المتنازعين ، وعلى الاخص الخصم الظافر منهما . ونحن نعلم من الان فصاعدا ان كل ما يمكن ان يخبرنا به الانا من شأنه ان يضلنا ويوردنا موارد الخطأ. ولقد كنا نستطيع بعد ان نمحض الانا ثقتنا لو كنا نعلم انه هو العامل الفعال في جميع تظاهراته ، اي انه هو الذي اراد أعراضه وأنتجها . غير ان الانا يبقى سلبيا في عدد كبير من تظاهراته ، وهذه السلبية بالتحديد هي ما يحاول اخفاءه وإلباسه غير لبوسه. وعلى كل حال ، لا يجرؤ الانا دواما على المضي في هذه المحاولة ، بل يجد نفسه مكرها على الاقرار بما يساوره من شعور ، في أعراض العصاب الوسواسي ، بأن ثمة قوى غريبة تتألب عليه وتناهضه ، فليس يملك ان يحاميها عنه الا بعناء ومشقة .

اما اولئك الذين لا يأبهون لهذا التحذير ، بل يحملون بيانات الانا على محمل الصدق ولا يقيمون اعتبارا لما فيها من كذب ، فلا

شك في انهم سيتملصون من المأزق وسيتخلصون من جميع العقبات التي تعترض سبيل التأويل التحليلي النفسي للاشعور وللجنسية ولسلبية الانا . وسيكون في وسع هؤلاء ان يؤكدوا ، بلسان ألفريد آدلر ، ان «الخلق العصبي» هو علة العصاب ، بدلا من ان يكون معلوله ؛ لكن سيعجزهم في الوقت نفسه ان يفسروا أي تفصيل من تفاصيل تكوين الاعراض ، او اي حلم مهما يكن عاديا ليس بذي بال .

ستسألونني : «أليس في الامكان اذن ان نقدر دور الانا في العصبية وتكوين الاعراض حق قدره ، من دون ان نغفل اغفالا صارخا العوامل التي اكتشفها **التحليل النفسي** ؟» . وجوابي عن هذا السؤال : «الامر لا بد على التحقيق ان يكون ممكنا ، وسيأتي يوم يتم فيه ، لكن بالنظر الى الاتجاه الذي سار فيه التحليل النفسي ، فليس يجوز البدء بهذا العمل» . ومن الممكن لنا التنبؤ بالوقت الذي ستفرض فيه هذه المهمة نفسها على التحليل النفسي . فثمة أعصبة يكون فيه دور الانا أظهر بكثير مما في الاعصبة التي درسناها حتى الان : وهذه الاعصبة نسميها بـ «النرجسية» . ولسوف يتيح لنا الفحص التحليلي لهذه الاصابات ان نحدد تحديدا دقيقا غير منحاز مدى مساهمة الانا في الامراض العصابية .

على ان هناك موقفا يقفه الانا من عصابه كان يوجب ، لشدة بروزه وظهوره ، ان يؤخذ بعين الاعتبار من البداية . وهذا الموقف لا تخلو منه ، على ما يبدو ، اية حالة ، غير انه يتبدى بجلاء خاص في اصابة لا نزال بعيدين عن معرفتها : هي **العصاب الرضي** . وينبغي ان تعلموا اننا نلتقي ، حين نبحث في تعيين جميع الاشكال الممكنة للاعصبة وفي أواليتها ، بالعوامل الفاعلة نفسها دوما ، لكن مع فارق وحيد وهو ان الدور الرئيسي ، من منظور تكوين الاعراض ، يقوم به ، بحسب الاصابة ، تارة هذا العامل وطورا

ذاك . فلكأننا امام فريق مسرحي : فكل ممثل يختار ، علاوة على دوره الذي اختص به ـ بطل ، نجي ، دساس ، الخ ـ دورا آخر غير ذاك الذي اعتاد أداءه ، اذا ما اقتضت مصلحته ذلك . ففي الهستيريا تظهر بجلاء لا مزيد عليه التخييلات التي تتحول الى أعراض ؛ وبالمقابل تهيمن المقاومات او التشكيلات الارتجاعية على الصورة السريرية للعصاب الوسواسي ؛ ومن جهة اخرى ، تقوم **الصياغة الثانوية** ، كما كنا أسميناها في معرض كلامنا عن الاحلام ، بالدور الرئيسي في البارانويا ، بصفتها هذاء او ادراكا كاذبا ، الخ .

هكذا نكتشف في الاعصبة الرضية ، وعلى الاخص تلك التي تنشأ عن أهوال الحرب ، دافعا شخصيا ، انانيا ، نفعيا ، دفاعيا؛ ولئن كان هذا الدافع يعجز وحده عن تسبيب المرض ، فانه يسهم بقسط موفور في انفجاره ، ويبقي عليه ويديمه حالما يتكون . ويسعى هذا الدافع الى حماية الانا من الاخطار التي كان وعيدها العلة العارضة للمرض ، وهو سيحول دون الشفاء ما لم يطمئن المريض الى ان هذه الاخطار عينها لن تدهمه مرة اخرى ، او ما لم يتلق تعويضا عن الاخطار التي تعرض لها فعلا .

غير ان الانا يبدي ، في جميع الحالات المشابهة ، اهتماما مماثلا بنشوء الأعراض ودوامها . وقد أسلفنا القول ان الانا يسهم بقسط ما في تكوين العرض ، لان للعرض جانبا يوفر من خلاله تلبية لميل الانا الى إحداث كبت . زد على ذلك ان حل الصراع عن طريق تكوين العرض هو الحل الايسر والاكثر تمشيا مع مبدأ اللذة ، اذ لا جدال بالفعل في انه يوفر على الانا مجهودا داخليا شاقا مضنيا . وثمة حالات يضطر فيها الطبيب نفسه الى التسليم بأن العصاب هو الحل الاقل ضررا للصراع ، والاكثر فائدة ونفعا من وجهة النظر الاجتماعية . ولا تعجبوا ان قيل لكم ان الطبيب نفسه يأخذ احيانا بناصر المرض الذي يكافحه . فهو لا يناسبه ان يقصر دوره في جميع المواقف على التعصب للصحة والانحياز الى

جانبها ، اذ انه يعلم أن في العالم ضروبا اخرى من الشقاء غير الشقاء العصابي ، وأن فيه الوانا من العذاب اكثر واقعية واعصى على البرء بعد ، وان الضرورة قد ترغم الانسان على التضحية بصحته لان التضحية بشخص واحد قد تدرا فاجعة كبرى يمكن ان يتأذى منها اشخاص كثيرون . فلئن امكن لنا اذن ان نقول ان المعصوب **يلوذ بحمى المرض** تملصا من الصراع ، فلا مناص لنا من التسليم بأن هذا الهرب له ما يبرره في بعض الحالات ، وعلى الطبيب ، عندما يدرك حقيقة الموقف ، ان ينسحب بكل الكياسة الممكنة ومن دون ان ينبس ببنت شفة .

لكن لنضرب صفحا عن هذه الحالات الاستثنائية . فاذا انتقلنا الى الحالات العادية وجدنا الاعتصام بالعصاب يوفر للانا نوعا من الغنم الداخلي ، ذا طبيعة مرضية ، ينضاف اليه في بعض المواقف غنم خارجي بيِّن ، لكن قد تتفاوت قيمته الحقيقية من حالة الى اخرى . لنأخذ اكثر امثلة هذه الحالة تواترا . فالمراة ، التي يسيء زوجها معاملتها ويستغلها بفظاظة وبلا تحرز ، تجد ملجأ لها وملاذا في العصاب بصورة شبه مطردة اذا ما ساعدتها على ذلك استعداداتها ، واذا كانت اجبن او أعف من ان تقيم علاقة سرية مع رجل آخر ، واذا لم تكن على قدر كاف من القوة لتتحدى المواضعات الخارجية كلها ولتنفصل عن زوجها ، واذا كانت غريزتها الجنسية ، فوق هذا كله ، تدفع بها ، بالرغم من كل شيء ، نحو ذلك الرجل الفظ . فعندئذ يغدو مرضها سلاحا لها في صراعها مع هذا الرجل الذي تسحقها قوته ، سلاحا في مقدورها ان تستخدمه للدفاع عن نفسها ، كما في مقدورها ان تسيء استعماله بغية الثأر والانتقام . فمن المباح لها ان تتشكى من مرضها ، بينما ما كان في مستطاعها ان تتشكى من زواجها . وتجد في الطبيب مساعدا لها ، فترغم زوجها على مداراتها ـ وهو الذي كان لا يترفق في الظروف العادية ـ وعلى الانفاق من اجلها،

وعلى السماح لها بالتغيب عن البيت ، والافلات بالتالي لبضع ساعات من ربقة الاضطهاد الذي يحاصرها به زوجها . وفي الحالات التي يكون فيها الغنم الخارجي او العارض الذي يوفره المرض للانا كبيرا ومتعذرا استبداله بغنم آخر اكثر واقعية ، كان حظ معالجة العصاب كبيرا في ان تبقى عديمة الجدوى .

ستعترضون علي بأن ما اقوله لكم هنا عن الفوائد التي يجنيها المريض من مرضه ادنى الى ان يكون حجة تعزز التصور الذي كنت نبذته ، والذي يقول ان الانا هو الذي يريد العصاب ويخلقه. رويدكم : فالوقائع التي رويتها لكم قد لا تعني بكل بساطة سوى ان الانا يطيب له العصاب ويحلو في عينه ، وانه ما دام لا يملك ان يحول بينه فانه يستغله على خير وجه ممكن ، وهذا اذا كان مؤاتيا بطبيعة الحال لمقاصده . فعلى قدر ما يكون للعصاب فوائد، يقابله الانا بالترحاب ، ولكنه لا يكون في الاحوال جميعها ذا نفع وغنم . واننا لنلحظ بوجه عام ان الانا ، اذ ينساق وراء العصاب ، يعقد صفقة خاسرة . فقد دفع ثمنا باهظا لقاء تخفيف حدة الصراع ، وكل الدلائل تشير الى ان مشاعر الالم ، المواكبة للاعراض ، تعادل في الارجح عذابات الصراع الذي تحل محله ، فضلا عن انها تتسبب في تفاقم الحالة المرضية . وصحيح ان الانا قد يرنو الى التخلص مما هو ممض في الاعراض ، من دون ان يتخلى عن الفوائد التي يجنيها من المرض ، لكنه عاجز عن بلوغ هذه النتيجة . ونلاحظ بهذا الصدد ، وهذه نقطة يجب ان تقر في اذهاننا ، ان الانا ليس فعالا الى الحد الذي كان يظنه .

ان يفوتكم ان تلاحظوا ، متى ما دعيتم بوصفكم اطباء الى معالجة المعصوبين ، أن ليس الذين يتشكون مر الشكوى من مرضهم ويتبرمون أشد التبرم بأوصابهم هم الذين يتقبلون العلاج بأكبر الطواعية وبأقل قدر ممكن من المقاومة . بل العكس هو الصحيح . غير انه لن يشق عليكم ان تدركوا ان كل ما من شأنه

ان يزيد في حجم الفوائد المجتناة من الحالة المرضية سيعزز في الوقت نفسه المقاومة وسيعضدها بالكبت وسيزيد من صعوبات العلاج . وينبغي ان نضيف الى الفائدة التي يجتنيها المريض من الحالة المرضية والتي تولد مع العرض ، ان جاز القول ، فائدة اخرى لا ينجلي امرها الا في زمن لاحق . فحين يدوم تنظيم نفسي كالمرض ردحا من الزمن، ينتهي به الامر الى ان يسلك مسلك الكيان المستقل بذاته ؛ فيبدي عن غريزة شبيهة بغريزة البقاء ، ويعقد تسوية ودية للتعايش مع القطاعات الاخرى من الحياة النفسية ، بما فيها تلك التي تناصبه العداء منها ؛ ويندر ألا يجد فرصة ليدلل على نفعه وجدواه في نواح اخرى ، وبذلك تصير له **وظيفة ثانوية** تطيل في أمد وجوده وتعززه . لنأخذ ، بدلا من مثل نستقيه من معين علم الامراض ، حالة نستمدها من معين الحياة اليومية الجارية . تلكم حالة عامل مستقيم ، كان يكسب رزقه بعمله ، ووقعت له حادثة مهنية فأكسبته عاهة دائمة . ولما صار قعيدا عن العمل ، جُعلت له جراية صغيرة على سبيل التعويض؛ وتعلم علاوة على ذلك كيف يستغل عاهته في تعاطي التسول . وهكذا صار الاساس الذي يقوم عليه وجوده الراهن ، المتردي، هو عين الحادثة التي حطمت وجوده الاول . ولو جردتموه من عاهته ، لانتزعتم منه اولا وسيلة معاشه ، اذ من المشكوك فيه ان يكون لا يزال قادرا على استئناف عمله الاول . وما يناظر ، في العصاب ، هذا الاستخدام الثانوي للمرض يمكن اعتباره ربحا ثانويا ينضاف الى الربح الاول . .

لزام علي ان أصارحكم القول بوجه عام انه ان كان عليكم الا تستهينوا بالاهمية العملية للفائدة المجتناة من الحالة المرضية ، فليس يجوز لكم بالمقابل ان تنخدعوا بها من الناحية النظرية . فبغض النظر عن الاستثناءات التي تقدم بيانها ، فان تلك الفائدة تذكرنا بأمثلة «ذكاء الحيوانات» التي أوردها اوبرلاندر Oberlander في مفناة **الاوراق الطائرة** . فقد سلك أعرابي على

ظهر بعير دربا ضيقا شُقَّ عبر جبل وعر ، شديد الانحدار . فلما ادرك منعطفا من الدرب ، اذا به امام أسد قد تهيأ للانقضاض عليه . ولم يكن امامه من منفذ : فالجبل قائم عن يمينه بزاوية شبه عمودية ، والهاوية فاغرة فاها عن يساره . وأيقن الاعرابي ، وقد تعذر عليه الارتداد على عقبيه واللوذ بالفرار ، انه هالك لا محالة . ولكن لم يكن كذلك رأي البعير . بل قفز وراكبه في الهاوية . . . ولم يصب الاسد مغنما . والعون الذي يستمده المريض من عصابه اشبه ما يكون بتلك القفزة في الهاوية . وعليه فقد لا يكون حل الصراع عن طريق تكوين الاعراض الا سيرورة آلية ، ان دلت على شيء فانما على عجز الانسان عن الاستجابة لمتطلبات الحياة وعلى عزوفه عن استخدام خير ما فيه من قوى وأسماها . ولو كان ثمة امكان للاختيار ، لكان أحرى بالانسان ان يفضل الهزيمة البطولية، اي تلك التي تعقب مجابهة نبيلة مع القدر .

غير انه يتعين علي أن أبيّن لكم الاسباب الاخرى التي حملتني على ألا أبدأ عرض نظرية الاعصبة بنظرية العصبية العادية . وربما اعتقدتم انيما نهجت هذا النهج الا لاني لو كنت سلكت الطريق المضاد لارتطمت بمزيد من الصعاب في بيان المنشأ الجنسي للاعصبة . لكنكم تخطئون . ففي الاعصبة التحويلية يتعين علينا ، حتى نصل الى هذا التصور ، ان ننجز اولا على الوجه المرام عمل تأويل الاعراض . أما في الاشكال العادية من الاعصبة المسماة بالراهنة (١) ، فان دور الحياة الجنسية في تسبيب المرض هو

٢ – الاعصبة الراهنة هي الاعصبة التي ينبغي البحث عن سرها وأصلها في حاضر المريض ، لا في تاريخه الماضي ، ومردها الى الفشل في البحث عن اشباع جنسي . وقد ادرج فيها فرويد العصاب الحصري والنورستانيا وهجاس المرض . –م–

بمثابة واقعة خام تثب من تلقاء نفسها لعين الراصد . وقد جابهت هذه الواقعة منذ اكثر من عشرين سنة حينما تساءلت ذات يوم لماذا يصر الاطباء على ألا يقيموا اعتبارا ، في اثناء فحص العصبيين، لنشاطهم الجنسي. وقد ضحيت يومئذ ، في سبيل هذه البحوث، بالتعاطف الذي كنت أنعم به لدى مرضاي ، لكني لم أتجشم جهدا كثيرا كيما اصل الى الملاحظة التالية وهي ان الحياة الجنسية السوية لا تشتمل على عصاب (أقصد : عصاب راهن) . صحيح ان هذا الفرض يستخف اكثر مما ينبغي بالفروق الفردية بين الناس، وأنه مشوب بعيب عدم التحديد الدقيق لكلمة «سوية» ، لكنه لا يزال يحتفظ الى اليوم بقيمته كاملة من حيث الاتجاه العام . وقد امكنني يومئذ ان اكشف عن صلات نوعية بين بعض أشكال العصبية وبعض الاضطرابات الجنسية الخاصة ، واني لعلى يقين اني لو أوتيت المادة نفسها والمجموعة نفسها من المرضى لانتهيت اليوم ايضا الى ملاحظات ومشاهدات مماثلة . وكثيرا ما أتيح لي ان ألاحظ ان الانسان ، الذي يقنع بضرب من الاشباع الناقص ، كالاستمناء باليد مثلا ، يصاب بنوع محدد من العصاب الراهن ، وان هذا النوع سرعان ما يخلي مكانه لنوع آخر من العصاب متى ما اخذ الشخص بنظام جنسي آخر ليس مقبولا هو الآخر . وهكذا تسنى لي ان أتكهن بحدوث تغير في نمط الاشباع الجنسي تبعا لتغير حالة المريض . ومن ثم درجت على عادة لا أحيد عنها ، وهي ألا أتراجع عن افتراضاتي وظنوني ما لم أفلح في التغلب على مراوغة المريض وانتزاع الاعترافات منه . ولست أماري في ان المرضى كانوا يفضلون في مثل هذه الحال ان يقصدوا أطباء غيري يكونون أقل مني الحاحا في الاستعلام عن حياتهم الجنسية .

كذلك لم يغب عني يومئذ ان اسباب الحالة المرضية لا يمكن ردها على الدوام الى الحياة الجنسية . فلئن أصيب هذا المريض اصابة مباشرة باضطراب جنسي ، فان ذلك المريض الآخر لم يصب بهذا الاضطراب الا في أعقاب خسارة مالية فادحة او

مرض عضوي خطير . وتفسير هذا التباين لم يتضح لنا الا في زمن لاحق ، حين بدأنا نستشف الصلات المتبادلة ـ وقد كانت الى ذلك الحين ظنية فقط ـ بين الانا والليبيدو ، وكان تفسيرنا يتدانى الى الاكتمال طردا مع توفر المزيد من الادلة على هذه الصلات . فالمرء لا يغدو معصوبا الا حين يفقد أناه القدرة على قمع ليبيدواه بطريقة او بأخرى . وكلما كان الانا اقوى ، كان من الاسهل عليه ان يقدم بهذه المهمة ؛ وكل وهن يطرأ على الانا ، مهما يكن سببه ، يعقبه مفعول مماثل لذاك الذي ينشأ عن اشتطاط متطلبات الليبيدو ، ويشق بالتالي الطريق الى الاصابة العصابية. وهناك أيضا علاقات اكثر حميمية بين الانا والليبيدو ؛ لكن بما ان هذه العلاقات لا تعنينا هنا ، فلن نشغل بها انفسنا الان . على ان ما يبقى اساسيا وغنيا بالفائدة بالنسبة الينا هو ان الليبيدو هو الذي يمد العصاب بأعراضه في جميع الحالات ، ومهما يكن طرز نشوء المرض ـ وهذا ما يفترض انفاقا كبيرا في الليبيدو .

والآن يتعين علي ان ألفت انتباهكم الى الفارق الجوهري بين الاعصبة الراهنة والاعصاب النفسية التي شغلت الطائفة الاولى منها ، وهي الاعصبة التحويلية ، حيزا كبيرا من اهتمامنا . ففي الحالين كلتيهما تمتح الاعراض من معين الليبيدو ، وتقتضي في الحالين كلتيهما انفاقا شاذا في الليبيدو ، وهي في الحالين كلتيهما اشباعات بديلة . غير ان أعراض الاعصبة الراهنة ، من ثقل في الرأس واحساس بالالم وتهيج في احد الاعضاء وضعف او تعطل لاحدى الوظائف ، ليس لها اي «معنى» ، اي مدلول نفسي . ان هذه الاعراض جسمانية ، لا في تظاهراتها فحسب (فتلكم هي ايضا حال الاعصبة الهستيرية مثلا)، بل كذلك من حيث السيرورات التي تنتجها : فهي تتكون بدون مساهمة أي أوالية من تلك الاواليات النفسية المعقدة التي نعرفها . فكيف يمكنها ، في هذه الشروط ، ان تكون بمثابة استهلاك لليبيدو مع انه ، كما رأينا ،

قوة نفسية ؟ الجواب عن هذا السؤال ليس ابسط منه شيء .
اسمحوا لي بتذكيركم بواحد من اولى الاعتراضات التي وجهت الى التحليل النفسي . فقد قيل يومئذ ان التحليل النفسي يهدر وقته هباء باصراره على وضع نظرية سيكولوجية خالصة للظاهرات العصابية ، وذلك هو العقم بعينه على اعتبار ان النظريات السيكولوجية لا تصلح لان تعالج مرضا من الامراض . لكن شاهري هذه الحجة حلا لهم ان يتناسوا ان الوظيفة الجنسية ليست نفسية خالصة او بدنية خالصة . فهي تؤثر في الحياة النفسية وفي الحياة الجسمية على حد سواء . ولئن تعرّفنا في أعراض الاعصبة النفسية تظاهرات نفسية للاضطرابات الجنسية ، فلن يدهشنا ان نلقى في الاعصبة الراهنة الآثار البدنية المباشرة لهذه الاضطرابات .

يزودنا الطب السريري بمؤشر ثمين ـ يقول به عدد جم من الباحثين اصلا ـ يعيننا على فهم الاعصبة الراهنة . فهذه الاعصبة تشبه ، ان في تفاصيل أعراضها وان في قدرتها على التأثير على جميع الاجهزة العضوية وعلى جميع الوظائف ، شبها لا مراء فيه الحالات المرضية الناشئة عن المفعول المستديم لمواد سمية خارجية او عن الإبطال المفاجىء لهذا المفعول ، اي حالات التسمم بالادمان وحالات الحمية . وصلة القربى بين هاتين الطائفتين من الآفات تتوثق وتتعمق في الحالات المرضية التي نعزوها ، كما في داء بزدوف (٢) ، الى تأثير مواد سامة تتكون داخل الجسم بفعل عملية الايض (٣) بدلا من ان تلجه من الخارج . هذا التشابه يفرض

---

٣ ـ داء بزدوف او السلعة : مرض يتميز بجحوظ العينين والارتجاف العضلي وسرعة النبض ، ويعزى الى نشاط مفرط في الغدة الدرقية . ـم ـ

٤ ـ الايض Métabolisme : عملية التحول الغذائي ، اي البناء والهدم داخل جسم الكائن الحي . ـم ـ

علينا ، في تقديري ، استنتاجا مؤداه ان الاعصبة الراهنة تنجم عن اضطرابات في ايض المواد الجنسية ، سواء اتمثلت هذه الاضطرابات في افراز مفرط للسموم لا يتحمله الفرد ، ام في اساءة استعمال هذه المواد بفعل شروط داخلية او حتى نفسية.
وقد انطوت الحكمة الشعبية منذ القدم على افكار كهذه بصدد طبيعة الحاجة الجنسية بقولها عن الحب انه «سُكر» يحدثه تناول شراب معين ، وان عزت الى هذا الشراب اصلا خارجيا . وهذا ما يذكرنا بالمناطق الشهوية ويدعونا الى إعمال الفكر في الاطروحة القائلة ان التهيج الجنسي يمكن ان يحدث في اعضاء مختلفة من الجسم . لكن مهما يكن من امر ، فان اصطلاح «الايض الجنسي» او «كيمياء الجنسية» هو في نظرنا قالب بلا محتوى ؛ فنحن لا نعلم شيئا عن هذا الموضوع ، ولا يسعنا حتى ان نقول ان ثمة مادتين، احداهما «مذكرة» والاخرى «مؤنثة» ، ولا ندري ان كان يتعين علينا ان نكتفي بالتسليم بوجود ذيفان او سمَّين جنسي واحد يكون هو السبب في كل تنبيهات الليبيدو . والحق ان الصرح النظري الذي شدناه للتحليل النفسي لا يعدو في الواقع ان يكون بنيانا فوقيا لا بد ان نركزه الى قاعدته العضوية يوما ما . ولكن ذلك ليس متيسرا لنا بعد .
ان ما يميز التحليل النفسي ، بصفته علما ، ليس المادة التي يعمل فيها ، بل التقنية التي يستخدمها . ومن الممكن تطبيق هذه التقنية ، من دون ان نجور على طبيعتها ، على التاريخ والحضارة، وعلى علم الاديان والميتولوجيا ، كما على نظرية الاعصبة . وهدفه الاوحد ومساهمته الوحيدة استكشاف اللاشعور في الحياة النفسية . والمشكلات التي تتصل بالاعصبة الراهنة ، وهي الاعصبة التي تنشأ أعراضها في اغلب الظن عن اصابات تسممية مباشرة ، تكاد لا تصلح للدراسة التحليلية النفسية ؛ وما دامت هذه الدراسة تعجز عن القاء اي ضوء جديد على هذا الموضوع ،

فلا خيار لها الا ان تدع هذه المهمة للبحوث الطبية ــ البيولوجية .
ولعلكم تدركون الان لماذا رتبت مادة البحث التي عرضتها لكم على النحو الذي رتبتها به . فلو كنت وعدتكم ب «مدخل الى نظرية الاعصبة» ، لكان علي ان أبدأ من الاشكال البسيطة للاعصبة الراهنة لأنتهي الى الاصابات النفسية الاشد تعقيدا والناجمة عن اضطرابات الليبيدو : فذلك هو بلا جدال الترتيب الادنى الى طبيعة الاشياء. وكان يتعين علي من ثم ان أعرض عليكم كل ما عرفناه من مناح شتى او كل ما نعتقد اننا عرفناه عن الاعصبة الراهنة ؛ فاذا ما انتهيت بعد ذلك الى الاعصبة النفسية تعين علي ان أحدثكم عن التحليل النفسي باعتباره اهم الوسائل التقنية المساعدة التي في متناولنا لاستكناه هذه الحالات . لكني كنت عزمت على ان أقدم اليكم «مدخلا الى التحليل النفسي» ، وهذا ما اعلنت عنه لكم . وكان يهمني من ثم ان أعطيكم فكرة عن التحليل النفسي اكثر مما يهمني ان ازودكم بمعلومات عن الاعصبة ، وهذا ما أعفاني من تقديم الاعصبة الراهنة على غيرها في الدراسة ، لان موضوعها مطلق العقم من وجهة نظر التحليل النفسي . وأعتقد ان ما وقعت عليه من اختيار كان في صالحكم ، لان التحليل النفسي يستأهل العناية والاهتمام من كل شخص مثقف بالنظر الى عمق مقدماته وتعدد علائقه وصلاته . اما نظرية الاعصبة فباب من الطب ، شبيه بأبواب كثيرة غيره .

ومع ذلك فمن حقكم ان تتوقعوا ان نولي الاعصبة الراهنة بعض اهتمامنا . ونحن بالاصل ملزمون بذلك لما بين هذه الاعصبة وبين الاعصبة النفسية من صلات سريرية وثيقة . وعليه اقول لكم اننا نميز ثلاثة أشكال خالصة من الاعصبة الراهنة : **النورستانيا** ، **والعصاب الحصري ، وهجاس المرض** . وهذا التقسيم لم يسلم من الاعتراضات . فصحيح ان الاسماء شائعة الاستعمال ، لكن مسمياتها غير محددة وغير مؤكدة . بل ثمة أطباء يعترضون على كل تصنيف في عالم الظاهرات العصابية السديمي ، وعلى كل

تمييز بين وحدات سريرية وفرديات مرضية ، ولا يقرون حتى قسمة الاعصبة الى أعصبة راهنة وأعصبة نفسية . وعندي ان هؤلاء الاطباء يغلون ويشطون ، ولا يسلكون الطريق الذي يفضي الى التقدم . فتلك الاشكال الثلاثة من العصاب تتبدى احيانا في صورة نقية خالصة ، لكنها تتراكب في اكثر الاحيان فيما بينها او تندمج بآفة عصابية نفسية . غير ان هذه الحالة الاخيرة لا تبيح لنا أن نمتنع عن تصنيف تلك الاشكال . وحسبكم ان تتذكروا التمييز الذي يقيمه علم العدانة بين المعادن والفلزات . فالمعادن توصف فرادى ، وذلك في أرجح الظن لانها تأخذ شكل بلورات متمايزة المعالم عما يحيطها ومنفصلة عنه . اما الفلزات فتتألف من كتل مجتمعة من المعادن ، واجتماعها يبعد ان يكون عارضا ، بل يتعين بلا ريب بشروط تكوّنها . وفيما يتصل بنظرية الاعصبة ، فلا نعلم بعد بصدد نقطة انطلاق تطورها الا اشياء زهيدة لا تسمح لنا بأن نشيد بصدد هذا الموضوع نظرية مشابهة لنظرية الفلزات . لكن لا مرية في اننا نسلك الطريق الصحيح حين نبدأ ، اول ما نبدأ ، بفرز كتلة العناصر السريرية التي لنا بها معرفة ، والتي يصح ان نقارنها ، هي ، بالمعادن .

تقوم بين أعراض الاعصبة الراهنة وأعراض الاعصبة النفسية علاقة مثيرة وذات شأن غير هين في معرفتنا بتكوّن الاعراض في الاعصبة الاخيرة : فعرض العصاب الراهن غالبا ما يكون نواة العرض العصابي النفسي وطوره التمهيدي . ونلحظ هذه العلاقة بوجه خاص بين النورستانيا والعصاب التحويلي المعروف بالهستيريا التحويلية ، وكذلك بين العصاب الحصري والهستيريا الحصرية ، واخيرا بين هجاس المرض والاشكال التي سنتكلم عنها لاحقا والتي نسميها ب «البارافرينيا» (الخبل المبكر والبارانويا). ولنأخذ مثالا لذلك صداع الرأس او الاوجاع القطنية الهستيرية . فالتحليل يظهر لنا ان هذه الاوجاع تغدو ، عن طريق التكثيف والنقل، اشباعا بديلا عن مجموعة بكاملها من التخيلات او الذكريات

الليبيدوية . لكن هذا لا ينفي ان يكون مر حين من الزمن كانت فيه هذه الاوجاع حقيقية ، اذ كانت عرضا مباشرا لتسمم جنسي، وتعبيرا جسمانيا عن تنبيه ليبيدوي . ونحن لا نزعم ان جميع الاعراض الهستيرية تشتمل على نواة من هذا النوع ؛ لكن يبقى ان هذه الحالة كثيرة التواتر ، وأن الهستيريا يحلو لها أن تستخدم، في تكوين أعراضها ، جميع التأثيرات ، السوية والمرضية ، التي يحدثها التنبيه الليبيدوي في الجسم . ويكون دور التنبيهات الوجدانية عندئذ شبيها بدور حبات الرمل التي تهيج حيوان المحار فيحتمي منها بتغليفها بالمادة الصدفية . كذلك فان العلامات العابرة للتهيج الجنسي ، التي ترافق الفعل الجنسي ، تستخدم من قبل العصاب النفسي كأنسب مادة وأيسرها لتكوين الاعراض.

ثمة سيرورة اخرى من النوع نفسه تتسم بأهمية خاصة من منظور التشخيص والعلاج . فكثيرا ما يحدث لبعض الاشخاص ، المهيئين للاصابة بالعصاب والذين لا يعانون بعد من اي عصاب سافر ، ان تستثير لديهم حالة مرضية جسمانية ، ناشئة عن جرح او التهاب ، عملية تكوّن الاعراض ، فاذا بالعرض المستمد من الواقع يغدو للحال ممثلا لجميع التخيلات اللاشعورية التي كانت تترقب اول فرصة تسنح لتعلن عن نفسها . وفي مثل هذه الحالات يقرر الطبيب تارة علاجا ، وطورا علاجا آخر ، في مسعى منه إما الى الغاء الاساس العضوي ، من دون ان يكترث بالصرح العصابي الصاخب الذي يقوم على هذا الاساس ، واما الى مكافحة العصاب الطارىء ، من غير ان يلقي بالا الى العلة العضوية التي كانت بمثابة ذريعة له . والنتائج المتحصلة هي وحدها التي يمكن ان يكون لها القول الفصل في نجع هذه الطريقة او تلك ، لكن من العسير وضع قواعد عامة لهذه الحالات الخليطة .

المحاضرة الخامسة والعشرون

الحصر

ان ما ذكرته لكم في المحاضرة السابقة عن العصبية العادية من شأنه ان يبدو لكم عرضا ناقصا وغير كافٍ بالمرة . وأنا أعلم ذلك واعتقد ان اكثر ما ادهشكم ، ولا بد ، هو اني لم اشر بكلمة واحدة الى الحصر ، مع انه عرض يشكو منه معظم العصبيين ويتحدثون عنه على انه أرهب عذاباتهم . ذلك الحصر الذي قد يبلغ عندهم درجة قصوى من الشدة ويدفع بهم الى اغرب الافعال وابعدها عن العقل . والحق اني لا أريد التملص من المسألة ، بل أنوي على العكس ان أطرح مشكلة الحصر بمنتهى الجلاء وان أعالجها امامكم تفصيلا .

لست بحاجة في اكبر الظن الى وصف الحصر ؛ فكل واحد منكم قد ساوره ، ولو لمرة واحدة في حياته ، هذا الاحساس ،

او بالاحرى هذه الحالة الوجدانية . غير انه يخيل الي ان الناس لم يتساءلوا بقدر كافٍ من الجد عن السبب في ان العصبيين ، تحديدا ، هم الاكثر معاناة من غيرهم من الحصر ، ومن أشد ضروبه شدة . ولعلهم وجدوا ان هذا شيء طبيعي : أفلا نراهم يخلطون في الاستعمال بين كلمتي «العصبي» و«القلِق»(١) ولا يميزون بينهما ، كما لو انهما تعنيان شيئا واحدا ؟ وهذا مسلك خاطىء ، لان هناك اناسا قلقين من دون ان يكونوا عصبيين ، كما ان هناك عصبيين تتبدى لديهم أعراض كثيرة عدا الميل الى الحصر .

مهما يكن من امر ، فمن المؤكد ان مشكلة الحصر هي النقطة التي تلتقي عندها مختلف المسائل وأكثرها اهمية ، او هي اللغز الذي يفترض بحله ان يلقي ضوءا باهرا على حياتنا النفسية . انا لا أزعم اني سأقدم لكم حلا كاملا له ، لكنكم تحدسون ولا ريب بأن التحليل النفسي سيتصدى لهذه المشكلة ، كما لمشكلات كثيرة غيرها ، بوسائل تختلف عن تلك التي يعتمدها الطب التقليدي . فهذا الاخير يصب اهتمامه الاول على معرفة ما كنه الحتمية التشريحية للحصر . فيعلن ان مرد الامر الى تهيج في البصلة السيسائية ، ولا يلبث المريض ان يعلم انه يشكو من عصاب في العصب المبهم . والحق ان البصلة السيسائية او النخاع المستطيل شيء جميل وجدي للغاية . واني لأذكر كم كلفتني دراسته من وقت وعناء . لكن لزام علي ان أقر امامكم اليوم ان معرفة المسار

---

١ – درج في العربية قول الناس : «قلَق» و«قلِق» بدلا من «حصَر» و«حَصِر» . ولكن بما ان الاوساط العلمية والاختصاصية درجت على ترجمة كلمة Angoisse الفرنسية و Angst الالمانية و Anxiety الانكليزية بـ «الحصر» فقد اخذنا بدورنا بهذه الترجمة ، بالرغم من ان لفظة «الحصر» مسحوبة من التداول لصالح لفظة «القلق» (الا انه تجدر الاشارة الى ان بعض العامة تقول في لبنان : شخص «حاصر» او عنده «احتصار») . —م—

العصبي الذي تسلكه التنبيهات الصادرة عن البصلة السيسائية لا تعنيني في شيء من منظور الفهم السيكولوجي للحصر .

وبوسعنا ، باديء ذي بدء ، ان نتكلم عن الحصر ، وان نطيل الكلام عنه ، من دون ان يذهب بنا الفكر الى العصبية بوجه عام . ولن تحتاجوا الى اي شرح لتفهموا ما أعنيه حين أشير الى هذا الحصر باسم الحصر **الواقعي** بالتعارض مع الحصر **العصابي** . والحال ان الحصر الواقعي يبدو لنا شيئا معقولا ومفهوما للغاية . وسنقول انه استجابة لادراك خطر خارجي ، اي لضرر مرتقب واذى متوقع ، وانه مرتبط بفعل الهرب المنعكس ، ومن ثم يتوجب اعتباره تظاهرا لغريزة البقاء . فازاء اي مواضيع ، وفي اي المواقف ، ينشأ الحصر ؟ الامر مرهون بطبيعة الحال الى حد كبير بمبلغ معرفتنا واحساسنا بالقوة في مواجهة العالم الخارجي . فنحن نرى انه من الطبيعي ان يستبد الخوف بالانسان المتوحش لدى مرآه مدفعا ، وأن يعتصره القلق لدى كسوف الشمس ، بينما لا يساور الانسان الابيض الذي يعرف كيف يعالج المدفع ويتنبأ بالكسوف أي قلق في الحالين كليهما . وقد يكون فرط المعرفة احيانا هو علة القلق ، اذ يتوقع الانسان الخطر في وقت مبكر . وهكذا يدب الخوف في فرائص الانسان المتوحش اذا ما وقع نظره في الغابة على آثار أقدام لانه يعلم من ذلك ان في الجوار حيوانا كاسرا ، بينما لا يكترث الغريب لمثل تلك الآثار لجهله بما تدل عليه . كذلك فان البحار المحنك ينظر بفزع الى سحابة صغيرة تشكلت في أديم السماء لانها تنذر عنده باقتراب اعصار ، بينما لا يأبه المسافر على السفينة للسحابة نفسها .

على اننا لو أمعنا في التفكير لرأينا لزاما علينا ان نقول انه لا بد من اعادة النظر في الرأي القائل ان الحصر الواقعي حصر معقول ومتكيف مع هدف معين . فالموقف المعقول الوحيد الذي يمكن ان يقفه الفرد ازاء خطر داهم هو ان يقيس قواه الخاصة الى

جسامة الخطر ، وان يقرر بعد ذلك ما انجع وسيلة للافلات منه : أهي الهرب أم الدفاع أم حتى الهجوم . لكن ليس ثمة مجال في هذا الموقف للقلق ؛ فكل ما سيحدث سيحدث ايضا من دونه ، وربما على نحو افضل مما اذا تدخل القلق . وهكذا ترون ان القلق متى ما زاد عن حده تحول الى عقبة تشل العمل ، وحتى الهرب . وفي الأعم الغالب ان يكون رد الفعل على الخطر مزيجا من الشعور بالقلق والسلوك الدفاعي . فالحيوان المذعور يشعر بالذعر ثم يهرب ، لكن الهرب هو وحده العقلاني ، بينما لا يستجيب الذعر لاي هدف .

هكذا نرانا نميل الى التوكيد بأن الحصر لا يكون البتة مؤاتيا لمقتضيات العقل . لكن ربما كوّنّا فكرة أصح عن الحصر لو حللنا الموقف الذي ينشأ عنه . وأول ما نجده في هذه الحال ان الفرد يتهيأ للخطر ويتأهب له ، وهذا ما يتبدى في ارهاف انتباهه الحواسي وتوتره الحركي . وحالة التأهب والترقب هذه حالة مؤاتية بلا أدنى مراء ، ولولاها لتعرض الفرد المعني لعواقب وخيمة . ويتفرع من هذه الحالة ، من جهة اولى ، الفعل الحركي: إما في شكل هرب في باديء الامر ، واما في شكل دفاع فعال في مرحلة تالية وعليا ؛ ويتفرع منها ، من الجهة الثانية ، ما نسميه بالحالة الحصرية . وكلما كان تظاهر الحصر محدودا ، وكلما تبدى على انه محض استطالة او اشارة ، تمت بسرعة اكبر وبصورة اكثر عقلانية عملية الانتقال من حالة التأهب القلق الى الفعل . هكذا يبدو لي ان حالة التأهب هي العنصر النافع والمفيد في ما نسميه بالحصر ، بينما يلوح لي ان تظاهر الحصر معاكس للهدف.

اني أدع جانبا مسألة معرفة ما اذا كانت اللغة الدارجة تعني بكلمات **الحصر والخوف والرعب** ما نعنيه نحن ، أم تشير بها الى شيء آخر . ويتراءى لي ان الحصر يتصل بالحالة النفسية ولا يلقي بالا الى الموضوع ، بينما يتركز الانتباه في الخوف على

الموضوع على وجه التحديد . وبالمقابل يلوح لي ان للفظ **الرعب** مدلولا خاصا ، اذ يشير الى الاثر الذي يستثيره الخطر في نفس الفرد حينما لا يكون متأهبا له بحالة من الحصر المسبق . وانه ليمكن القول ان الانسان يدرأ الرعب عن نفسه بالحصر .

مهما يكن من امر ، فلن يفوتكم ان تلحظوا ان كلمة **حصر** تستخدم بمعان شتى ، وهذا ما يضفي عليها طابعا مبهما لامتعينا. ويقصد بالحصر في اغلب الاحيان تلك الحالة الذاتية التي تنشأ من «تولد الحصر» ، وتسمى هذه الحالة الذاتية بـ «الحالة الوجدانية» . فما الحالة الوجدانية من وجهة النظر الدينامية ؟ انها شيء بالغ التعقيد . فالحالة الوجدانية تنطوي اولا على بعض تعصيبات Innervations او تفريغات ، ومن ثم على بعض احاسيس . وهذه الاخيرة على نوعين : احاسيس تنشأ عن ادراك الافعال الحركية المؤداة ، وأحاسيس مباشرة بالسرور والكدر تضفي على الحالة الوجدانية ما نسميه بمسحتها الاساسية . غير اني لا أعتقد ان تعدادا كهذا يستوعب كل ما يمكن قوله بصدد طبيعة الحالة الوجدانية . ففي بعض الحالات الوجدانية نستطيع، على ما يتراءى لنا ، ان ننفذ الى ما وراء هذه العناصر وأن نرى ان النواة التي يتبلور حولها البنيان بمجمله قوامها تكرار خبرة هامة وبعيدة الدلالة عاشها الفرد في ماضيه . وقد لا تعدو هذه الخبرة ان تكون انطباعا سحيق القدم ، من نوع بالغ العمومية ، اي انطباعا ينتمي الى ما قبل تاريخ النوع ، لا الفرد . وتيسيرا للفهم عليكم، سأقول ان الحالة الوجدانية ذات بنية مماثلة لبنية النوبة الهستيرية ، اذ ان قوامها ، مثلها ، ذكرى مستقرة . ومن الممكن بالتالي مقارنة نوبة الهستيريا بحالة وجدانية فردية متكونة حديثا، ومن الممكن اعتبار الحالة الوجدانية السوية تعبيرا عن هستيريا سلالية ، صارت وراثية .

لا تحسبوا ان ما اقوله لكم هنا بصدد الحالات الوجدانية يؤلف ميراثا معترفا به لعلم نفس الاسوياء . بل ولدت هذه

التصورات ، على العكس ، على ارض التحليل النفسي ، ولا تربة غيره تصلح لان تعيش فيها . فما يقوله علم النفس عن الحالات الوجدانية ، كنظرية جيمس ــ لانج مثلا ، هو عندنا ، نحن انصار التحليل النفسي ، شيء غير مفهوم ومتعذر نقاشه . لكننا نحن انفسنا لا نعتبر ما نعرفه عن الحالات الوجدانية بحكم الثابت الاكيد . ورجائي الا تروا في ما سأقوله لكم حول الموضوع سوى محاولة أولية لتلمس طريقنا في هذا الميدان الغامض . وعليه سأواصل ما انقطع من حديثي بصدد الحالة الوجدانية المتسمة بالحصر فأقول : اننا نعتقد اننا نعرف ما هو ذلك الانطباع السحيق القدم الذي تنشأ هذه الحالة من تكراره . اننا نزعم انه لا يمكن ان يكون سوى واقعة **الولادة** ، اي الفعل الذي يلتئم فيه شمل جميع احاسيس العناء والالم ، وجميع الميول التفريغية ، وجميع الاحاسيس الجسمانية التي تؤلف في مجموعها نموذجا للاثر الذي يحدثه في النفس خطر داهم والذي لا بد ان يكون ساورنا مرارا وتكرارا منذ الولادة باعتباره حالة حصرية . وعلة احساس الحصر عند الولادة هي التزايد الهائل في التهيج بفعل توقف تجديد الدم (التنفس الداخلي) ؛ وعليه فان اول حصر في حياة الفرد يكون من طبيعة سمية . وكلمة **حصر** (من اللاتينية Angustiae : اي الضيق ، وبالالمانية Angst) تشف تحديدا عن ذلك العسر او الضيق في التنفس الذي ينجم في ساعة الولادة عن موقف واقعي والذي يتكرر بعد ذلك باطراد في الحالة الوجدانية . وانه لامر له دلالته ايضا في نظرنا ان تكون تلك الحالة الحصرية الاولى ناشئة عن انفصال الجنين عن امه . ونحن نعتقد بطبيعة الحال ان الاستعداد لتكرار هذه الحالة الحصرية الاولى التحم ، عبر عدد لا يقع تحت حصر من الاجيال ، بالجسم البشري التحاما لا فكاك فيه بحيث بات متعذرا على اي فرد الافلات من إسار هذه الحالة الوجدانية ، ولو انه «انتزع انتزاعا من أحشاء أمه» نظير

«مكدوف» الخرافي ، اي جاء الى العالم عن طريق آخر غير الولادة الطبيعية . ونحن نجهل ما النموذج الاول للحالة الحصرية لدى غير الثدييات من الحيوانات . ولهذا نجهل ايضا جملة الاحاسيس التي تناظر حصرنا لدى هذه الحيوانات .

ربما ثار بكم الفضول لمعرفة الكيفية التي توصلنا بها الى فكرة ان واقعة الولادة هي المصدر والنموذج الاول لوجدان Affect الحصر . الحق ان هذه الفكرة بعيدة ، أقصى ما يمكن ان يكونه البعد ، عن التأمل والنظر المجرد ؛ وقد اقتبستها بالاولى من معين الحكمة الساذجة لعامة الناس . فذات يوم ــ قبل سنوات كثيرة خلت ــ كنا نفرا من الاطباء الناشئين مجتمعين حول مائدة في المطعم ، فروى لنا طبيب مساعد في عيادة التوليد واقعة طريفة حدثت خلال الامتحان الاخير للقابلات . فقد سئلت احدى المرشحات عما يعني وجود العقبي (٢) في ماء الولادة ، فأجابت بلا تردد : «يعني ان الطفل مذعور» . وقد اضحك هذا الجواب الفاحصين ، فما اجازوا المرشحة . اما انا فقد وجدتني انحاز بيني وبين نفسي اليها ، وراودني ظن بأن هذه المراة المسكينة من عامة الشعب قد حدست صادقة بعلاقة لها اهميتها .

لننتقل الان الى حصر العصبيين ، ولنتساءل عما يتسم به من تظاهرات جديدة وصلات جديدة . والحق اننا نستطيع ان نفيض القول في هذا الموضوع . فأول ما نجده عند هؤلاء العصبيين حالة عامة من الحصر ، حصر عائم ان جاز القول ، متأهب للتشبث بمضمون اول خاطر يمكن ان يتخذ منه ذريعة وحجة ، فهو يؤثر في أحكام المرضى ، ويختار التوقعات والترقبات ، ويترصد الفرص والسوانح كافة ليجد لنفسه تبريرا . اننا نطلق على هذه

---

٢ ــ العقبي Méconium : براز الطفل الاول ساعة الولادة . ــم ــ

الحالة اسم «الحصر الترقبي» او «الترقب القلق» . فالاشخاص الذين يقاسون هذا الحصر يتوقعون على الدوام أسوأ الاحتمالات وأوخمها ، بل يرون في كل حادث عارض نذيرا بخطب ، ويميلون على الدوام الى تأويل الوقائع والاحداث على أسوأ وجوهها اذا كان الشك يحيط بنتائجها . وهذا النزوع الى توقع الشر سمة طبيعية عند كثير من الاشخاص ممن لا يبدو عليهم ، باستثناء ذلك ، أثر للمرض البتة . وهؤلاء يعابون على مزاجهم الكدر وتشاؤمهم . لكن حصر الترقب يطرد وجوده ، وبدرجة ملحوظة من الشدة ، في آفة عصبية اطلقت عليها اسم **العصاب الحصري** وصنفتها في عداد الاعصبة الراهنة .

على النقيض من هذا الشكل من الحصر ، ثمة شكل آخر روابطه نفسية بالاحرى ، وأواصره مشدودة الى مواضيع او مواقف بعينها . ذلك هو الحصر الذي يسم بميسمه ضروب «الرهاب» Phobie الكثيرة التعداد والغريبة المظهر في اغلب الاحيان . وقد اخذ عالم النفس الاميركي الشهير ستانلي هال (٣) Hall على عاتقه ذات مرة ان يقدم لنا طائفة بكاملها من هذه الأرهبة بأسماء اغريقية ظريفة . وكان عمله هذا شبيها بتعداد مصائب مصر العشر (٤) ، لكن مع فارق واحد وهو ان تعداد الأرهبة اكثر بكثير . وهأنذا أعدد لكم كل ما يمكن ان يصبح موضوعا او مضمونا لرهاب : الظلام ، الهواء الطلق ، الاماكن المفتوحة ، القطط ، العناكب ، السرفات ، الثعابين ، الفئران ،

---

٣ — غرانفيل ستانلي هال : عالم نفس اميركي (١٨٤٤ — ١٩٢٤) ، من اشهر رواد علم النفس التجريبي في الولايات المتحدة ، وقد ابدى تجاه التحليل النفسي تعاطفا . —م—

٤ — هي المصائب التي تقول التوراة ان يهوه ارسلها على ارض مصر وشعبها ليرغم الفرعون على اطلاق سراح العبريين والاذن لهم بالمهاجرة . —م—

العاصفة ، الرؤوس المدببة ، الدم ، الاماكن المقفلة ، الجموع البشرية ، الوحدة ، عبور الجسور ، السفر بحرا او بالسكة الحديدية ، الخ ، الخ . واذا ما بذلنا محاولة اولى لنهتدي الى طريقنا وسط هذه الزحمة ، لاحت لنا امكانية لتمييز ثلاث فئات من الارهبة . فبعض هذه المواضيع او المواقف المخوفة لها جانب مخيف فعلا ، حتى بالنسبة الينا نحن الاسوياء لما تستحضره في أذهاننا من خطر ؛ ولهذا لا تبدو لنا هذه الارهبة مستغربة ، غير مفهومة ، وان وجدناها على درجة مسرفة من الشدة . وعلى هذا النحو يساورنا ، اكثرنا ، شعور بالتقزز لدى مرأى ثعبان . بل يسعنا القول ان رهاب الثعابين رهاب يعم البشرية جمعاء ، وقد وصف ش. داروين وصفا أخاذا الذعر الذي دب في أوصاله لدى مرآه ثعبانا يزحف باتجاهه ، بالرغم من وجود اسطوانة زجاجية سميكة كانت تقيه شره . وندرج في الفئة الثانية الحالات التي ان لم تكن منقطعة الصلة بالخطر ، فهو خطر اعتدنا الا نعتد به والا ندخله في حسابنا . فنحن نعلم ان السفر بالسكة الحديدية ينطوي من المجازفة (خطر التصادم) على اكثر مما لو مكثنا في بيوتنا لا نبرحها ؛ ونعلم كذلك ان المركب قد يبتلعه البحر ، فنلقى مصرعنا غرقا ؛ ومع ذلك نسافر بالسكة الحديدية او بالسفينة بلا حصر ، ومن دون ان نفكر بتلك الاخطار . ومن المحقق كذلك اننا سنهوي الى الماء اذا ما انهار الجسر لحظة اجتيازنا له ، ولكن ذلك نادر الحدوث الى حد لا نقيم معه اعتبارا البتة لهذا **الخطر المحتمل** . ولا تخلو الوحدة بدورها من بعض الاخطار ، ونحن نتحاشاها في بعض الظروف ؛ ولكن لا يترتب على ذلك اننا نعجز عن احتمال الوحدة لهنيهة من الزمن كائنة ما كانت الذريعة او الظروف . وهذا كله يصدق ايضا على الجموع ، والاماكن المقفلة ، والعاصفة ، الخ . والحق ان ما يبدو لنا مستغربا في أرهبة المعصوبين هذه ليس مضمونها ، بل شدتها .

فالحصر الذي ينشأ عن الارهبة يند عن الوصف ! ويتراءى لنا احيانا ان العصابيين لا يساورهم الحصر ازاء بعض المواضيع والمواقف القمينة بأن تثير جزعنا نحن في بعض الظروف ، والتي يسمونهم بمثل ما نسميها نحن .

تبقى فئة ثالثة من الارهبة ، وهي فئة يستغلق فهمها علينا. فعندما نرى رجلا ناضجا ، قويا ، ينتابه خوف وحصر حين يتعين عليه ان يعبر شارعا او ساحة في المدينة التي رأى فيها النور والتي يعرف زواياها وخباياها طرا ، او حين نبصر بامرأة سليمة معافاة في الظاهر تقع فريسة رعب مجنون لان هرا مس طرف تنورتها او لان فأرا ولج الى الغرفة ، فكيف يسعنا ان نقيم صلة وعلاقة بين خوف ذلك الرجل او هذه المرأة من جهة ، وبين الخطر الذي لا وجود له بالبداهة الا في نظر الرهابي من الجهة الاخرى ؟ أما الارهبة التي موضوعها الحيوانات ، فلا يمكن بالبداهة تفسيرها بالشطط في النفور البشري العام من الحيوانات، اذ لدينا دليل على العكس في كون الكثيرين من الناس لا يملكون كلما مروا بقط الا ان ينادوه ويداعبوه . كما ان الفأرة ، التي تذعر لها النساء أشد الذعر ، استعير اسمها في صوغ تعبير من تعابير الود العارم : فعين الفتاة التي يطيب لها ان يناديها خطيبها بـ « فأرتي الصغيرة» تطلق صيحة فزع حين تبصر بالحيوان الصغير الرشيق المعروف بهذا الاسم . أما فيما يتعلق بالاشخاص الذين يعانون من حصر الشوارع والساحات ، فلا نجد تفسيرا ، وسيلة اخرى لتعليل حالتهم سوى ان نقول انهم يسلكون مسلك الاطفال. فالتربية تعلم الطفل مباشرة ان عليه ان يتفادى مثل هذه المواقف لما تنطوي عليه من خطر ؛ وبالفعل ، ان صاحبنا المصاب برهاب الخلاء ، لا يعود يساوره حصر اذا ما اجتاز الساحة بصحبة احدهم .

ان شكلي الحصر اللذين تقدم وصفهما ، اي حصر الترقب الطليق من كل قيد ، والحصر المرتبط بالارهبة ، مستقلان

واحدهما عن الآخر . وليس يسعنا القول ان احدهما يمثل مرحلة اكثر تقدما من تلك التي يمثلها الآخر، وهما لا يجتمعان معا الا بصورة استثنائية وكما لو من قبيل الاتفاق والمصادفة . وليس من المحتم ان تتظاهر حالة الحصر العامة ، مبلغا ما بلغت شدتها ، من خلال الارهبة ؛ فثمة اشخاص يسمم رهاب الخلاء حياتهم ، ولكنهم لا يعانون مع ذلك بصورة من الصور من حصر الترقب ، مصدر التشاؤم . والثابت ان بعض الارهبة ، كرهاب الفضاء او رهاب السكة الحديدية ، الخ ، لا يتم اكتسابها الا في سن النضج ، بينما تفرض أرهبة اخرى ، كرهاب الظلام ورهاب العاصفة ورهاب الحيوانات ، وجودها ، منذ السنوات الاولى من الحياة . وأما الاولى فدالة على أمراض خطيرة ؛ وأما الاخيرة فتبدو ضربا من غرابة الاطوار وشذوذها . وعندما يظهر لدى فرد من الافراد رهاب من هذه الفئة الاخيرة ، يكون مباحا لنا ان نشتبه في وجود أرهبة اخرى من النوع نفسه . وعلي ان أضيف اننا نصنف جميع هذه الارهبة في باب **الهستيريا الحصرية** ، اي اننا نعدها اصابة قريبة الصلة جدا بالهستيريا التحولية .

يضعنا الشكل الثالث من الحصر العصابي في مواجهة لغز ، اذ تغيب عن انظارنا تماما العلاقات بين الحصر وبين الخطر المتوعد. ففي الهستيريا مثلا ، يصاحب هذا الحصر الاعراض الهستيرية الاخرى ، او قد يظهر في أي شرط آخر من شروط التنبيه والاثارة ؛ ولكم يدهشنا ، ونحن نتوقع تظاهر حالة وجدانية ما ، ان ينوب منابها الحصر ، وهو ابعد ما كنا نتوقعه . وأخيرا ، يمكن ان يتظاهر الحصر من دون ان يكون له صلة بأية ظروف ، وعلى نحو نعيا كما يعيا المريض عن فهمه ، فكأنه نوبة تلقائية وحرة لا مجال معها الكلام عن خطر او ذريعة يكون من نتيجة الغلو فيهما حدوث هذه النوبة . ونلاحظ ، في اثناء هذه النوبات المستقلة ، ان تلك الحالة المتشابكة التي نطلق عليها اسم الحالة الحصرية

قابلة للتفكيك . فالنوبة في جملتها يمكن ان ينوب منابها عرض واحد ، على درجة كبيرة من الشدة، كالارتعاد او الدوار او الخفقان او ضيق التنفس ، بينما لا يكون ثمة وجود ، او على كل حال وجود ظاهر ، لذلك الوجدان العام الذي به نتعرف الحصر . ومع ذلك فان هذه الحالات التي نصفها باسم «مكافئات الحصر» ينبغي ان نعادل بينها وبين الحصر من جميع المناحي ، السريرية والتعليلية .

هنا يبرز لنا سؤالان . هل ثمة رابط ما بين الحصر العصابي، الذي لا يلعب فيه الخطر أي دور او لا يلعب سوى دور طفيف ، وبين الحصر الواقعي الذي هو على الدوام ومن الاساس رد فعل على خطر ؟ ثم كيف ينبغي لنا ان نفهم هذا الحصر العصابي ؟ ذلك اننا نود ان نحافظ ، مهما كلفنا الامر ، على المبدأ التالي : كلما وجد حصر ، فلا بد ان يكون ثمة شيء ما يستثير هذا الحصر .

تمدنا المشاهدة السريرية بعدد من العناصر التي من شأنها ان تعيننا على فهم الحصر العصابي . وسأناقش دلالتها امامكم .

١ — لا يعسر علينا انبيِّن ان حصر الترقب او الحالة الحصرية العامة يتوقف الى حد كبير جدا على بعض سيرورات الحياة الجنسية ، او بتعبير ادق على بعض توظيفات الليبيدو . وأبسط امثلة هذا النوع وابلغها دلالة نلفاه لدى الاشخاص الذين يتعرضون لتنبيه زمتي ، اي لتهييج جنسي عنيف لا يجد له تصريفا كافيا ولا يفضي الى غايته من الاشباع . ذلكم ، على سبيل المثال ، حال بعض الرجال في اثناء مدة الخطوبة ، او بعض النساء الذين لا ينعم ازواجهن بقوة جنسية سوية او يبتسرون الفعل الجنسي او يجهضونه بداعي الحذر والاحتياط . ففي مثل هذه الظروف يختفي التنبيه الليبيدوي لينوب منابه الحصر ، إما في شكل حصر ترقبي او في صورة نوبة او مكافيء لنوبة حصرية . واذا ما غدا الجماع المبتور Coitus Interruptus هو النظام الجنسي المعتاد

تفاديا للحمل ، صار لدى الرجال ، وعلى الاخص لدى النساء ، علة مطردة للعصاب الحصري حتى لتوجب على الاطباء المعالجين، كلما واجهوا شبيه هذه الحالة ، ان يتحروا باديء ذي بدء عن هذا السبب المحدد لنشوء المرض . فاذا ما فعلوا تسنت لهم اكثر من فرصة واحدة ليشاهدوا زوال العصاب الحصري حالما يقلع الشخص المعني عن هذا التقييد الجنسي .

وعلى حد علمي ، فان الصلة بين التقييد الجنسي وحالات الحصر لم تعد موضع جدل حتى في اوساط الاطباء الغرباء عن التحليل النفسي . لكني اتكهن انهم لن يحجموا عن محاولة قلب المعادلة ، فيزعموا ان هؤلاء الاشخاص يمارسون التقييد الجنسي على وجه التحديد لانهم مهيئون من قبل للحصر . غير ان هذا الرأي يدحضه دحضا باتا موقف المرأة التي يتسم النشاط الجنسي لديها بطبيعة سلبية في جوهره ، اي يخضع لتوجيه الرجل . فكلما زاد شبق المرأة وتوقها الى الجماع وقدرتها على اجتناء الاشباع منه ، ردت على عنة الرجل والجماع المبتور بظاهرات حصرية ، في حين ان هذه الظاهرات لا تكاد تعلن عن وجودها لدى امرأة مصابة بالخدار الجنسي او فاترة الليبيدو .

ان القطاعة الجنسية ، التي يدعو بعض الاطباء اليها بحرارة بالغة في ايامنا هذه ، لا تيسر بطبيعة الحال نشوء حالات الحصر الا اذا كان الليبيدو ، المسدودة عليه طرق التصريف الاشباعي ، على درجة معينة من الشدة ولم يذهب التصعيد بالجزء الاكبر منه. فنشوء الحالة المرضية موقوف دوما على عوامل كمية . ولكن حتى لو صرفنا النظر عن المرض وركزنا اهتمامنا على خلق الشخص ، لما شق علينا ان نتبين ان التقييد الجنسي هو من نصيب الاشخاص الذين من طبعهم التردد والميل الى الشك والقلق ، بينما ذوو الطبع المقدام ، الشجاع ، لا يطيقون في اغلب الاحيان التقييد الجنسي . ومهما تكن التعديلات والتعقيدات التي تطرأ على هذه العلاقات بين الخلق والحياة الجنسية تحت تأثير مختلف

شروط الحياة الحضارية ، تبق الصلة بينهما وثيقة للغاية .

هيهات ان اكون قد أحطتكم علما بجميع المشاهدات والملاحظات التي تؤيد هذه العلاقة التكوينية بين الليبيدو والحصر . فثمة مجال لان نتكلم بعد ، في هذا الصدد ، عن الدور الذي تلعبه ، في نشوء الامراض ذات الصفة الحصرية ، بعض مراحل الحياة التي تيسر بلا مراء فورة الليبيدو ، كما في البلوغ والإياس (٤) . وفي بعض حالات التهيج نستطيع ان نلحظ بصورة مباشرة تراكب الحصر والليبيدو وحلول ذاك محل هذا حلولا نهائيا . ومن هذه الوقائع نستخلص نتيجة مزدوجة : فالمسألة على ما يتراءى لنا مسألة تراكم في الليبيدو المعاق عن مجراه السوي ، كما ان السيرورات التي نحن بصددها هي جميعها من طبيعة جسمانية ليس الا . ولسنا ندري الى اليوم كيف يتولد الحصر من الليبيدو؛ وكل ما نلحظه ان الليبيدو غائب وان الحصر قد حل محله .

ب ـ يمدنا تحليل الاعصبة النفسية ، وبخاصة الهستيريا ، بمؤشر آخر . فنحن نعرف من قبل ان الحصر في هذا المرض يظهر في كثير من الاحيان مصاحبا للاعراض ، لكننا نلحظ فيه ايضا حصرا مستقلا عن الاعراض يتظاهر إما في صورة نوبات او يلبس لبوس الحالة الدائمة . ويعجز المرضى عن تحديد سبب شعورهم بالحصر ، ونراهم يربطون حالتهم ، عن طريق صياغة ثانوية سهل تعرّفها ، بالارهبة الدارجة المألوفة : رهاب الموت والجنون ونوبة السكتة . وعندما نحلل الموقف الذي تولد عنه الحصر او الاعراض المصحوبة بحصر ، يتاح لنا عادة ان نكتشف التيار النفسي السوي الذي أعيق عن مجراه فحلت محله ظاهرة الحصر . وبتعبير آخر ، نستعيد السيرورة اللاشعورية كما لو انها نجت من الكبت وتابعت

٤ ـ الاياس : سن انقطاع الطمث لدى المرأة . ـم ـ

طريقها وصولا الى الشعور . والمفروض ان يكون مصاحب هذه السيرورة وجدان معين ، لكن كم يدهشنا ان نلاحظ ان هذا الوجدان الذي يصاحب جريان السيرورة السوي قد كبت في الاحوال جميعا ، كائنا ما كان نوعه ، وحل محله الحصر . وعلى هذا ، ومتى ما كنا بصدد حالة حصرية هستيرية ، كان من حقنا ان نفترض ان تكملتها اللاشعورية قد تكون إما وجدانا من النوع نفسه ـ توجس ، خجل ، حيرة ـ وإما تهيجا ليبيدويا لا يحتمل لبسا ، وأما اخيرا وجدانا عدائيا وعدوانيا كالسخط او الغضب . اذن فالحصر هو العملة المتداولة التي بها تقايض او يمكن ان تقايض جميع التنبيهات الوجدانية حين يُنحّى مضمونها عن التمثل ويقع فريسة الكبت .

ج ـ الخبرة الثالثة يزودنا بها المرضى ذوو الافعال التسلطية، وهم من المرضى الذين يبدون الى حد لافت للنظر وكأنهم بمنجاة من الحصر . فعندما نحاول ان نحول بين هؤلاء المرضى وبين اداء افعالهم التسلطية ، من اغتسال او طقوس ، الخ ، او عندما يتجرؤون هم انفسهم على الاقلاع عن بعض وساوسهم ، انتابهم حصر رهيب يرغمهم على الصدوع لامر الوسواس . وعندئذ نفهم ان الحصر كان مختفيا ، ليس الا ، وراء الفعل التسلطي ، وانهم ما كانوا يؤدون هذا الفعل الا باعتباره وسيلة للتملص من الحصر . وهكذا لا يفصح الحصر عن نفسه في العصاب الوسواسي ولا يتظهّر ، اذ تنوب منابه الاعراض . واذا اتجهنا نحو الهستيريا وجدنا فيها الموقف نفسه كنتيجة للكبت : فإما حصر خالص ، وإما حصر مصاحب للاعراض ، واما اخيرا مجموعة أكمل من الاعراض بلا حصر . من المباح لنا اذن فيما يبدو ان نقول بصورة مجردة ان الاعراض لا تتكون الا للحيلولة دون تظاهر الحصر ، ولولاها لأعلن عن وجوده لا محالة . وهذا التصور يضع الحصر في مركز الصدارة من الاهتمام الذي نوليه للمشكلات ذات الصلة بالاعصبة .

لقد أسلمتنا ملاحظاتنا عن العصاب الحصري الى نتيجة مؤداها

ان حيدان الليبيدو عن تثميره السوي ـ وهو الحيدان الـــذي يتولد عنه الحصر ـ هو ثمرة سيرورات جسمْانية خالصة . وقد اتاح لنا تحليل الهستيريا والاعصبة الوسواسية استكمال تلـــك النتيجة ، اذ أوضح لنا ان الحيدان والحصر يمكن ان ينجما ايضا عن تدخل عوامل نفسية . هذا كل ما نعرفه عن كيفية نشـــوء الحصر العصابي ؛ ولئن بدا انه لا يزال يكتنفه قدر كبير مـــن الإبهام ، فلست أتبين في الوقت الراهن من طريق حقيق بـــأن يمضي بنا الى أبعد من ذلك .

اما المشكلة الثانية التي كنا اخذنا على عاتقنا ان نجد حلا لها، وهي بيان الصلة بين الحصر العصابي ، الناجم عن تثمير شـــاذ لليبيدو ، وبين الحصر الواقعي ، الذي هو استجابة لخطر ، فتبدو أصعب حلا من سابقتها . وقد يتراءى لكم ان هذين النوعين من الحصر مختلفان كل الاختلاف واحدهما عن الآخر ، ومع ذلك لا نملك اية وسيلة تتيح لنا أن نميز احساسنا بالحصر العصابي عن احساسنا بالحصر الواقعي .

غير ان الصلة المفتقدة سرعان ما تنجلي للعيان لو اخذنا بعين الاعتبار التعارض الذي اكدنا مرارا وتكرارا وجوده بين الانـــا والليبيدو . فالحصر ، كما نعلم ، يتظاهر بصفته رد فعل من قبل الانا على خطر ما ، ويكون بمثابة الاشارة التي تعلن عن الهـــرب وتمهد له ؛ ولا شيء يمنعنا من الافتراض ، عن طريق التشابـــه والمقايسة ، ان الانا في الحصر العصابي يحاول ان يتملص عـــن طريق الهرب من متطلبات الليبيدو ، وانه يتصرف ازاء هـــذا الخطر الداخلي كما لو كان خطرا خارجيا . وهذا التصور يبيح لنا ان نستنتج انه كلما وجد حصر وجد ايضا شيء يكون علة لهـــذا الحصر . لكننا نستطيع ان نمضي في المقايسة الى ابعد من ذلك بعد . فكما ان محاولة الهرب من خطر خارجي تفضي الى التوقف والى اتخاذ بعض التدابير الدفاعية اللازمة ، كذلك فان تكويـــن

الاعراض يوقف تولد الحصر ويحل في نهاية المطاف محله .

هنا تنتقل صعوبة فهم الصلات المتبادلة بين الحصر والاعراض الى ناحية اخرى . فالحصر ، الذي ينمّ عن فرار الانا من الليبيدو، متولد اصلا عن هذا الاخير . وهذه حقيقة واقعة وان كانت لا تثب الى العين من تلقاء نفسها ؛ لذا لا يجوز ان يغيب عنا ان الليبيدو عند شخص من الاشخاص هو جزء منه ولا يمكن ان يقف موقف المعارضة منه كما لو كان شيئا خارجيا . والشيء الذي يبقـــى غامضا بعد في نظرنا هو الدينامية الطبوغرافية لتولـــد الحصر ، اي معرفة ما كنه الطاقات النفسية التي يجري انفاقها في هذه الاحوال ، وعن اية أنسقة نفسية تصدر هذه الطاقـــات . ولا يسعني ان أعدكم بأجوبة عن هذه الاسئلة ، لكننا لن نتوانى عن اقتفاء أثرين آخرين وعن التوجه من جديد نحو الملاحظة المباشرة والبحث التحليلي لنسألهما تأييدا لاستنتاجاتنا النظرية التأملية. وعلى هذا سنطرق باب تولد الحصر لدى الاطفال ، وباب مصدر الحصر العصابي المقترن بالارهبة .

ان حالة الحصر شائعة جدا بين الاطفال ، ومن العسير جدا في كثير من الاحيان ان نحدد هل هذا الحصر عصابي او واقعي . وموقف الطفل ذاته هو ما يجعلنا نشك في قيمة أي تمييز قـــد نقيمه عند الاقتضاء . فمن جهة ، لا نستغرب البتة ان يتوجس الطفل خيفة حيال الاشخاص الجدد والمواقف الجديدة والمواضيع الجديدة ، ونفسر بلا عناء رد فعله هذا بضعفه وجهله . اذن نحن نعزو الى الطفل نزوعا قويا الى الحصر الواقعي ، وقد نرى انه من الطبيعي ان يقال لنا ان الطفل حمل معه حالة الحصر هذه فـــي شكل استعداد موروث حينما جاء الى العالم . وبذلك يكرر الطفل موقف الانسان البدائي السالف او الانسان المتوحش في ايامنا هذه عندما يساوره ، بسبب جهله وقلة حيلته ونقص وسائلـــه الدفاعية ، شعور بالخوف حيال كل ما هو جديد ، وحيال الاشياء التي باتت مألوفة لنا ومستأنسة فلا تستثير لدينا ادنى توجس .

وانه لما يتمشى مع توقعنا ان تكون أرهبة الطفل هي عينها ، في شطر منها على الاقل ، الارهبة التي نعزوها الى تلك المراحل البدائية من التطور البشري .

ولا يجوز ان يفوتنا ، من جهة اخرى ، ان الاطفال لا يتساوون من حيث درجة تعرضهم للحصر ، وأن من يبدي منهم حصرا شديدا حيال شتى المواقف والمواضيع هو المرشح تحديدا لان يكون معصوبا في المستقبل . اذن فالتهيؤ العصابي يجد تعبيره في نزوع قوي الى الحصر الواقعي ، ومن ثم فان حالة الحصر ، لا العصاب، هي الحالة الاسبق الى الظهور؛ ومن هذا يمكن لبعضهم استخلاص نتيجة مؤداها ان الطفل ، وفيما بعد الراشد ، يساورهما شعور بالحصر ازاء قوة الليبيدو عندهما ، وهذا على وجه التحديد لانهما يشعران بالحصر ازاء كل شيء . ومثل هذا التصور ينكر ، في النتيجة ، ان يكون الحصر متولدا عن الليبيدو ؛ ومن ثم فاننا لو تفحصنا جميع شروط الحصر الواقعي لانتهينا منطقيا الى ان شعور الفرد بضعفه وعجزه ، او بدونيته حسب اصطلاح أ. أدلر ، هو العلة الاولى لعصابه ، اذا ما بقي هذا الشعور ملازما له حتى سن النضج ، بدلا من ان تطوى صفحته مع الطفولة .

ان هذه المحاكمة تبدو على جانب كبير من البساطة والجاذبية، فلا مندوحة بالتالي من ايلائها اهتمامنا ، وان كانت كل النتيجة التي يمكن ان تتمخض عنها هي نقل لغز العصبية الى غير المكان الذي نبحث عنه فيه . ان استمرار الشعور بالدونية ، وبالتالي استمرار شرط الحصر والاعراض ، يبدو بموجب هذا التصور شيئا محققا اكيدا الى حد ان تلك الحالة التي نسميها بالصحة هي التي تغدو بحاجة الى تفسير اذا ما قيض لها بالمصادفة ان تبقى قائمة . لكن عما تكشف لنا الملاحظة الدقيقة لحالة الحصر عند الاطفال ؟ ان الطفل الصغير يتوجس في المقام الاول من الاشخاص الغرباء ، ولا تلعب المواقف من هذا المنظور دورا الا بقدر ما يكون

لها صلة بهؤلاء الاشخاص ، أما المواضيع والاشياء فتأتي في الترتيب الاخير من حيث دورها في توليد الحصر . لكن الطفل لا يتوجس من الاشخاص الغرباء لما يعزوه اليهم من نيات سيئة ، ولانه يقارن ضعفه بقوتهم التي يرى فيها خطرا على وجوده وأمنه وسعادته . والصورة التي تمثل الطفل على هذا النحو وكأنه كائن مرتاب ، يحيا في ظل الخوف من عدوان مبثوث في الكون بأسره، لا تعدو ان تكون فرضا نظريا لا اساس له في الواقع . والأصح ان نقول ان الطفل يخاف لدى مرأى وجه جديد لانه ألف مرأى ذلك الشخص الانيس والمحبوب الذي هو الأم ؛ فيشعر على الاثر بخيبة ومرارة لا تلبثان ان تتحولا الى حصر . اذن فالامر امر طاقة غير مستثمرة من الليبيدو ، يتعذر عليها ان تبقى معلقة ، فتجد مصرفا لها في الحصر . وليس من قبيل المصادفة ان ينطوي هذا الموقف ، المميز للحصر الطفلي ، على تكرار للظرف الذي صاحب حالة الحصر الاولى في اثناء الولادة ، أي الانفصال عن الام .

ان اول أرهبة موقفية تشاهد لدى الطفل هي رهاب الظلام ورهاب الوحدة . والاول يدوم في كثير من الحالات مدى الحياة، ويشترك الرهابان في شيء واحد وهو غياب الشخص المحبوب ، مانح الرعاية ، اي الأم . وجد طفل نفسه ذات مرة في ظلام ، فاستبد به الخوف ، وصاح بخالته التي كانت في غرفة مجاورة: «يا خالتي ، كلميني ، انا فائق» ؛ فقالت : «وما فائدة ذلك لك ما دمت لا تراني ؟» ؛ فأجابها قائلا : «اذا تكلم احد خف الظلام» . هكذا يتحول الاكتئاب الذي ينتاب الطفل في الظلام الى حصر حيال الظلام . اذن لا يصح ان نقول ان الحصر العصابي ظاهرة ثانوية وحالة خاصة من الحصر الواقعي ؛ بل نرى ، على العكس من ذلك ، لدى الطفل الصغير شيئا ان كان يشبه في مسلكه الحصر الواقعي ، فانه تجمعه والحصر العصابي سمة مشتركة اساسية : صدوره عن طاقة غير مستثمرة من الليبيدو . اما الحصر الواقعي

الحقيقي ، فيبدو ان الطفل لا يعرفه الا بقدر طفيف . ففي جميع المواقف التي يمكن ان تغدو فيما بعد شرطا للرهاب ، كالتواجد في اماكن شاهقة الارتفاع ، او اجتياز جسور ضيقة فوق الماء ، او السفر بالسكة الحديدية او في السفن ، لا يظهر الطفل اي حصر ، وكلما زاد جهله بها أبدى قدرا أقل من الخوف . وحبذا لو انطوى ميراثه على عدد اكبر من الغرائز الهادفة الى صون البقاء ؛ فلو كان كذلك هو واقع الحال لهانت كثيرا مهمة المراقبين المولجين بحمايته من تعريض نفسه لأخطار داهمة . غير ان الطفل ينزع في بادىء الامر الى الغلو في تقدير قواه ويتصرف بلا خوف لانه يجهل الخطر . فهو يركض عند حافة الماء ، ويصعد فوق متكأ النافذة ، ويلعب بأشياء حادة وبالنار ، وبالاختصار يفعل كل ما يمكن ان يجلب له الاذى ، وللمولجين برعايته الهم والقلق . وليس الا بالتربية نخلق لديه في نهاية المطاف الحصر الواقعي ، وذلك ما دمنا لا نستطيع ان نسمح له بأن يتعلم من التجربة الشخصية .

فان استجاب بعض الاطفال بيسر وسرعة لهذه التربية التي ترمي الى تلقينهم الحصر الواقعي وانتهى بهم الامر الى ان يكتشفوا بأنفسهم اخطارا لم نحدثهم عنها ولم نحذرهم منها ، فمرد ذلك الى ان جبلّتهم تنطوي على حاجة ليبيدوية أشد الحاحا ، او الى انهم اكتسبوا منذ عهد مبكر عادات سيئة في مجال الاشباع الليبيدوي. ولا عجب ان غدا كثير من هؤلاء الاطفال في وقت لاحق من العصبيين ، اذ ان اكثر ما يسهّل نشوء العصاب ، كما نعلم ، هو العجز عن تحمل كبت صارم لليبيدو لمدة طويلة من الزمن . وأرجو ان تلاحظوا اننا ندخل في حسابنا هنا عامل الجبلّة ، وهو عامل لم نمار قط في أهميته اصلا . وكل ما في الامر اننا نعترض على التصور الذي يغفل سائر العوامل الاخرى لصالح العامل الجبلّي وحده ، ويجعل له مركز الصدارة حتى في الحالات التي تدل فيها معطيات المشاهدة والتحليل على انه عديم التأثير او لا يلعب سوى

دور ثانوي .

لنلخص اذن النتائج التي خرجنا بها من ملاحظة حالات الحصر لدى الاطفال : فالحصر الطفلي ، الذي لا تكاد تجمعه والحصر الواقعي سمة مشتركة ، يقترب على العكس اقترابا كبيرا من الحصر العصابي لدى الراشدين ؛ فهو يتولد ، كالحصر الاخير هذا ، من طاقة غير مستثمرة من الليبيدو ما وجدت موضوعا يمكنها ان تصب عليه حبها فاستبدلته بموضوع خارجي او بموقف .

والآن لن يسوءكم فيما أحسب ان اقول لكم ان التحليل يكاد لا يكون في جعبته شيء جديد يعلمنا اياه بصدد الارهبة . فما يحدث فيها هو بالفعل عين ما يحدث في الحصر الطفلي : طاقة غير مستثمرة من الليبيدو تتحول بلا انقطاع الى حصر واقعي ظاهر ، ومن ثم يصبح ادنى خطر خارجي بديلا عن متطلبات الليبيدو . وليس في هذا التوافق بين الارهبة والحصر الطفلي ما يوجب ان تثور له دهشتنا ، اذ ان الارهبة الطفلية ليست فقط النموذج الاول للارهبة التي تظهر في زمن لاحق والتي ندرجها في عداد «الهستيريا الحصرية» ، بل هي ايضا الشرط المباشر المسبق الذي يمهد لها . فكل رهاب هستيري يرجع في اصله الى حصر طفلي ويكون امتدادا له ، حتى وان كان له مضمون مغاير وتعين ان يسمى باسم مغاير . ولا تختلف الاصابتان فيما بينهما الا من منظور أوالية تكوّنهما . فلدى الراشد لا يكفي ، كيما يتحول الليبيدو الى حصر ، ان يبقى هذا الليبيدو ، من حيث هو رغبة متأججة ، غير مستثمر بصورة مؤقتة . ذلك ان الراشد تعلم منذ زمن بعيد كيف يعلق الليبيدو عنده او يستثمره بطريقة مغايرة . لكن متى ما ارتبط الليبيدو بحركة نفسية أصابها الكبت، نشأ موقف مماثل للموقف الذي نلفاه لدى الطفل الذي لا يعرف كيف يميز بعد بين الشعور واللاشعور . وهذا النكوص نحو الرهاب الطفلي يمد الليبيدو بوسيلة موائمة كيما يتحول الى حصر. وتذكرون اننا كنا أطلنا في الكلام عن الكبت ، لكننا كنا نضع نصب

اعيننا على الدوام مصير الفكرة المرشحة للكبت ، وهذا بطبيعة الحال لان هذا المصير اسهل على الادراك والملاحظة وايسر في العرض . اما مصير الحالة الوجدانية المرتبطة بالفكرة المكبوتة فلم نوله اهتماما ، وهانحنذا نعلم الان فقط ان المصير الاول لهذه الحالة الوجدانية هو تحولها الى حصر، أيا ما كان نوعها، في ظروف عادية سوية . وتحول الحالة الوجدانية على هذا النحو هو اهم جانب على الاطلاق في سيرورة الكبت . وليس من بالغ اليسر الكلام عنه ، على اعتبار اننا لا نستطيع ان نؤكد وجود حالات وجدانية لاشعورية بمثل ما نؤكد وجود افكار وتمثلات لاشعورية . فالتمثل ، سواء أكان واعيا او لاواعيا ، يبقى كما هو الى حد كبير، وبوسعنا ان نبين بوضوح ما يناظر التمثل اللاواعي . اما الحالة الوجدانية فسيرورة تفريغ ، ومن ثم فان الحكم عليها لا بد ان يكون مختلفا عن الحكم على تمثل من التمثلات . وما لم نحلل ونوضح الى أبعد مدى مقدماتنا وفروضنا بصدد السيرورات النفسية ، فلن يكون في مقدورنا ان نبين ما يناظر الحالة الوجدانية في اللاشعور . على ان ذلك عمل لا نستطيع ان نقوم به هنا . لكننا نريد على اي حال ان يقر في أذهاننا ذلك الانطباع الذي ظفرنا به، وهو ان تولد الحصر يرتبط ارتباطا وثيقا بنسق اللاشعور .

قلت ان التحول الى حصر ، او بتعبير ادق التفريغ في شكل حصر ، هو المصير الاول المقيض لليبيدو الذي يتعرض للكبت . وعلي الان انأضيف القول ان هذا ليس مصيره الاوحد ولا النهائي. فالاعصبة تترافق بسيرورات من شأنها ان تعيق تولد الحصر ، وقد تفلح في ادراك غايتها بطرق شتى . ففي الارهبة ، مثلا ، نميز بجلاء طورين اثنين في السيرورة العصابية . الاول هو طور كبت الليبيدو وتحوله الى حصر ، ويكون هذا الحصر مرتبطا بدوره بخطر خارجي . وفي الطور الثاني تتخذ جميع الاحتياطات والضمانات التي من شأنها الحؤول دون الاتصال بهذا الخطر

الذي يصوَّر وكأنه واقع خارجي . ويكون الكبت في هذه الحال بمثابة محاولة يقوم بها الانا للهرب من الليبيدو لأرهاصه بأنه يشكل خطرا عليه . ومن الممكن اعتبار الرهاب تحصينا للوقاية من الخطر الخارجي الذي ناب مناب الليبيدو المخوف . وضعف النظام الدفاعي المستخدم في الارهبة يكمن بطبيعة الحال في واقع ان هذا الحصن ، الذي لا يمكن مهاجمته من خارج ، ليس منيعا من داخل . فإسقاط الخطر الذي يمثله الليبيدو على الخارج لا يمكن ابدا ان ينجح نجاحا كاملا . ولهذا تصطنع الاعصبة الاخرى انظمة دفاعية اخرى ضد احتمال تظاهر الحصر . وهذا باب بالغ الطرافة في علم نفس الاعصبة . على اننا لا نستطيع ، ويا للاسف ، ان نطرقه هنا ، لانه قد يشط بنا بعيدا ، وبخاصة ان فهمه يقتضي توفر معارف خاصة معمقة . وليس لي الا ان أضيف بضع كلمات الى ما قلت : فقد سبق لي أن حدثتكم عن «السلاح المضاد» الذي يلجأ اليه الانا في اثناء الكبت ، والذي لا خيار له الا في ان يشحذه باستمرار كيما يدوم الكبت . والحال ان هذا السلاح هو ما يُستخدم في تحقيق مختلف الوسائل الدفاعية للوقاية من تولد الحصر عقب الكبت .

لنعد أدراجنا الى الارهبة . أعتقد اني أوضحت لكم انه لا يكفي ان نسعى فقط الى تفسير مضمونها ، وأن نهتم فقط بمعرفة لماذا يغدو هذا الشيء او ذاك ، وهذا الموقف او ذاك ، هو موضوع الرهاب . فموقع مضمون الرهاب من الرهاب نفسه هو كموقع الواجهة المنظورة للحلم الظاهر من الحلم الكامن . ويمكننا ان نسلم، بعد اخذ التقييدات الضرورية بعين الاعتبار ، بأن بعض مضامين الارهبة صالحة بوجه خاص لان تغدو مواضيع حصرية عن طريق الوراثة السلالية ، كما أوضح ستانلي هال . وتلقى هذه الفرضية ما يؤيدها في كون الكثير من المواضيع الحصرية لا تقيم مع الخطر الا علاقات رمزية خالصة .

هكذا تأتى لنا ان ندرك المكانة المركزية حقا التي تشغلها

مشكلة الحصر في علم نفس الاعصبة . وقد عرفنا ايضا الوشائج الوثيقة التي تربط تولد الحصر بصروف مصائر الليبيدو وبنسق اللاشعور . غير ان تصورنا لا يزال يشكو من ثغرة : فمع انه من الصعب المماراة في ان الحصر الواقعي يجب ان يعتبر تظاهرا لغريزة المحافظة على الانا ، فاننا لا ندري كيف نربط بين هذه الواقعة وبين ما نعرف .

المحاضرة السادسة والعشرون

نظرية الليبيدو و « النرجسية »

كان علينا في اكثر من مرة ، ومنذ عهد قريب ايضا ، ان نميز بين الميول الأنوية والميول الجنسية . فقد أظهر لنا الكبت بادىء بدء انه من الممكن ان يقوم بين كلا النوعين من الميول تعارض ينتهي بهزيمة ظاهرة للميول الجنسية ، فتُرغم على التماس الاشباع بطرق ملتوية نكوصية : فهذه الميول شموس غير قابلة للترويض في الحقيقة ، وهي تجد في شموسها بالذات تعويضا عن هزيمتها . ورأينا بعد ذلك ان هاتين الفئتين من الميول تسلكان مسلكا مختلفا حيال تلك المربية الكبرى التي هي الضرورة ، فيسير تطور كل فئة منها في طريق مغاير ، وتعقد مع مبدأ الواقع علاقات متباينة . ولاح لنا اخيرا اننا استطعنا ان نتحقق من ان الميول الجنسية أوثق ارتباطا من ميول الانا بالحالة الوجدانية لهذا الانا ؛ وهذه نتيجة

تبدو وكأنها لا تزال ناقصة ، غير مكتملة ، في نقطة واحدة هامة . وعليه سنسوق تأييدا لهذه النتيجة واقعة جديرة بالملاحظة ، وهي ان عدم اشباع الجوع والعطش ، وهما من اكثر غرائز البقاء بدائية ، لا يتمخض ابدا عن تحول هاتين الغريزتين الى حصر ، على حين اننا نعلم ان تحول الليبيدو غير المشبع الى حصر ظاهرة من الظاهرات الشائعة التي تلاحظ بكثرة غالبة .

لنا اذن حق لا مماراة فيه في التمييز بين ميول الانا والميول الجنسية . ونحن نستمد هذا الحق من وجود الغريزة الجنسية بالذات كوجه خاص من أوجه نشاط الفرد . والسؤال الوحيد الذي يمكن ان يطرح علينا هو مدى ما نعزوه الى هذا التمييز من اهمية وعمق . لكننا لن نتمكن من الاجابة عن هذا السؤال الا بعد ان نبين الفوارق في السلوك بين الميول الجنسية ، في تظاهراتها الجسمانية والنفسانية ، وبين الميول الاخرى التي نعارضها بها، وإلا بعد ان تقر في أذهاننا اهمية النتائج التي تترتب على هذه الفروق . ولا نملك بطبيعة الحال اي سبب يحملنا على القول بوجود فارق نوعي – يصعب بالاصل تصوره – بين هاتين المجموعتين من الميول . فكلتاهما تشير الى مصادر الطاقة لدى الفرد ؛ وأما مسألة معرفة ما اذا كانت هاتان المجموعتان تؤلفان في جوهرهما شيئا واحدا او ماذا كان بينهما فارق نوعي، وعلى فرض انهما تؤلفان شيئا واحدا فمتى انفصلت واحدتهما عن الاخرى – نقول ان هذه المسألة يمكن ويجب ان تناقش على اساس الوقائع التي تمدنا بها البيولوجيا ، وليس على اساس مفاهيم مجردة . ومعارفنا بصدد هذه النقطة لا تزال غير كافية ؛ وحتى لو كانت اكثر مما هي عليه فليس لنا ان نشغل انفسنا بهذه المسألة التي لا صلة لها بأبحاثنا التحليلية النفسية .

ولن يفيدنا في شيء بالطبع ان نلح ، مع يونغ ، على الوحدة الاصلية لجميع الغرائز وأن نطلق اسم «الليبيدو» على الطاقة التي تتظاهر في كل غريزة منها . فبما انه يتعذر علينا ، كيفما تحايلنا،

ان نقصي الوظيفة الجنسية من الحياة النفسية ، سنرانا ملزمين في هذه الحال بأن نتكلم عن ليبيدو جنسي وليبيدو لاجنسي . اذن فمن الحق ان نحتفظ باصطلاح الليبيدو لميول الحياة الجنسية حصرا ، وبهذا المعنى وحده استخدمناه ونستخدمه دائما .

أعتقد اذن ان مسألة معرفة الى اي حد يخلق بنا ان نذهب في فصلنا بين الميول الجنسية والميول الصادرة عن غريزة البقاء ليست على جانب كبير من الاهمية للتحليل النفسي . وهذا الاخير لا يملك اصلا من أهلية لحل هذه المسألة . غير ان علم الأحياء يمدنا مع ذلك ببعض القرائن التي تبيح لنا الافتراض بأن لهذا التمييز دلالة بليغة . وبالفعل ، ان الجنسية هي الوظيفة الوحيدة من بين وظائف العضوية الحية التي تتجاوز الفرد وتكفل ارتباطه بنوعه. ولا يشق علينا ان ندرك ان أداء هذه الوظيفة لا يعود على الفرد دواما بمثل الفائدة التي يعود بها عليه أداء وظائفه الاخرى ، بل يخلق له ، على العكس ، واقاء لذة مسرفة الشدة ، أخطارا تتهدد حياته ، وقد تقضي عليها في بعض الاحيان . ثم انه من المرجح، فضلا عن ذلك ، ان ثمة سيرورات أيضية خاصة ، متمايزة عن كل ما عداها من السيرورات ، تكفل ان يتم نقل شطر من حياة الفرد الى ذريته في شكل استعداد موروث . وأخيرا ، ان الكائن الفرد، الذي يرى الى ذاته على انه هو الاساس والجوهر ولا يرى في جنسيته سوى وسيلة للاشباع بين جملة من الوسائل الاخرى ، لا يعدو ان يكون ، من وجهة النظر البيولوجية ، حادثا عرضيا في سلسلة من الاجيال ، استطالة سريعة البلى لوذفة (١) مخلدة افتراضا وتقديرا ، مالكا مؤقتا لوديعة مقيض لها ان تبقى وتدوم

١ – الوذفة او البروتوبلازما : المادة الحية الاساسية او الهيولى الاولية في الخلية البشرية والحيوانية والنباتية . –م–

من بعد فنائه .

غير ان التفسير التحليلي النفسي للاعصبة ليس بحاجة الى مثل الاعتبارات البعيدة المدى للغاية . وقد أمدنا الفحص المنفصل للميول الجنسية ولميول الانا بوسيلة لفهم الاعصبة التحويلية ، فأمكن لنا بالتالي ان نردها الى الصراع بين الميول الجنسية والميول الصادرة عن غريزة البقاء ، او ، بتعبير بيولوجي ، وان يكن أبعد عن الدقة ، الى الصراع بين الانا ، بوصفه كائنا فردا ومستقلا ، وبين الانا منظورا اليه على انه عضو في سلسلة من الاجيال . وثمة اكثر من داع للاعتقاد ان هذا الازدواج لا وجود له الا عند الانسان؛ ومن ثم فانه يمتاز على جميع الحيوانات بما لديه من تربة مؤاتية للاعصبة . ويبدو ان التطور المفرط لليبيدو عنده ، وما يستتبعه من غنى وتنوع في حياته النفسية ، قد خلقا الشروط الموائمة للصراع الذي نتكلم عنه . ومن الواضح ان هذه الشروط هي عين الشروط التي اتاحت للانسان ان يحقق تقدما كبيرا خلّف وراءه بأشواط ما كان مشتركا بينه وبين سائر الحيوانات ، بحيث ان استعداده للعصاب لا يعدو ان يكون الوجه الآخر والسيء لقدراته وملكاته الانسانية المحضة . لكن دعونا من هذه التأملات التي ليس من شأنها الا ان تبعدنا عن مهمتنا المباشرة .

لقد مضينا في بحثنا حتى الان مصادرين على امكانية التمييز بين ميول الانا والميول الجنسية تبعا لتظاهر كل مجموعة منها . وقد امكننا ان نقيم هذا التمييز بلا صعوبة في ما يتصل بالاعصبة التحويلية . وأطلقنا اسم «الليبيدو» على ما يوظفه الانا من طاقة في مواضيع ميوله الجنسية ، واسم «الاهتمام» على كل توظيفات الطاقة الاخرى التي يكمن مصدرها في غرائز البقاء . وباقتفائنا أثر جميع توظيفات الليبيدو هذه وتحولاتها ومصيرها النهائي ، أمكن لنا ان نكوّن فكرة اولى عن كيفية عمل القوى النفسية . وقد زودتنا الاعصبة التحويلية من هذا المنظور بأنسب المواد . غير ان الانا نفسه ، والتنظيمات المختلفة التي يتألف منها ، وبنية هذه

التنظيمات وطريقة عملها ، كل ذلك بقي خافيا علينا ، ولم يكن في مقدورنا الا ان نفترض ان تحليل اضطرابات عصابية اخرى من شأنه ان ينير لنا هذه المسائل .

هكذا بدأنا من وقت مبكر في سحب التصورات التحليلية النفسية على تلك الاصابات الاخرى . فمنذ عام ١٩٠٨ تقدم ك. ابراهام ، بعد تداول في الراي بيني وبينه ، بأطروحة مؤداها ان الخاصية الرئيسية **للخبل المبكر** (المدرج في عداد الاعصبة) **هي ان المواضيع في هذا المرض غير مشحونة بالليبيدو** (لا يجوز ان نغفل عن الفروق النفسية ـ الجنسية بين الهستيريا وبين الخبل المبكر) . لكن إلامَ يؤول ليبيدو المخبولين ما دام ينصرف عن مواضيعه ؟ ان ابراهام لم يتردد في ان يجيب عن هذا السؤال بأن الليبيدو يرتد عندئذ نحو الانا ، وان **هذا الارتداد المنعكس لليبيدو نحو الانا هو مصدر هذاء العظمة** في الخبل المبكر . ومن الممكن اصلا ان نقارن ونشبه هذاء العظمة بما نلاحظه في الحياة الحبية من مغالاة في القيمة الجنسية للموضوع . وهكذا تأتى لنا لاول مرة ان نتفهم سمة يتسم بها مرض ذهاني من خلال مقارنتها بما يحدث في الحياة الحبية السوية .

وأقولها لكم بلا توانٍ : ان تصورات ابراهام الاولى هذه احتفظ بها التحليل النفسي ، فصارت اساس موقفنا من الامراض الذهانية . وهكذا الفنا رويدا رويدا فكرة ان الليبيدو ، الذي نلفاه مثبّتا على مواضيع معينة والذي هو تعبير عن ميل الى الوصول الى اشباع عن طريق هذه المواضيع ، يمكن ايضا ان ينصرف عنها وأن يستبدلها بالانا . وقد عكفنا عندئذ على اعطاء هذه الفكرة شكلا ادنى فأدنى الى الكمال بما اقمناه من روابط منطقية بين عناصرها المكوّنة . وكلمة **النرجسية** التي نستخدمها في الاشارة الى انتقال الليبيدو هذا مقتبسة عن انحراف جنسي كان ب. ناكه Nacke قد وصفه ، وفيه يصب الفرد الراشد على جسده بالذات الحب الذي يُغدق في العادة على موضوع

جنسي خارجي .

وعلى الاثر خطر لنا انه ما دام الليبيدو قادرا على ان يتثبت على هذا النحو على جسد الفرد المعني وعلى شخصه بالذات بدلا من ان يتعلق بموضوع ، فذلك لا يمكن بكل تأكيد ان يكون ظاهرة استثنائية وغير ذات دلالة ، وأنه من المرجح بالاحرى ان النرجسية هي الحالة العامة والبدائية التي عنها تمخض في زمن لاحق حب المواضيع ، دون ان يستتبع ظهوره زوال النرجسية . وبناء على ما كنا نعلمه عن تطور الليبيدو الموضوعي ، تذكرنا ان الكثير من الميول الجنسية تتلقى في بادىء الامر اشباعا أسميناه **ايروسيا ذاتيا** ، اي اشباعا مصدره جسد الشخص ذاته ، وان النزوع الى الايروسية الذاتية هو ما يفسر تأخر الجنسية في التكيف مع مبدأ الواقع الملقن عن طريق التربية . وهكذا ظهر ان الايروسية الذاتية هي النشاط الجنسي للمرحلة النرجسية في تثبيت الليبيدو .

خلاصة القول اننا كوّنا عن العلاقات بين الليبيدو الانوي والليبيدو الموضوعي فكرة استطيع توضيحها لكم بتشبيه نقبسه من علم الحيوان . فأنتم تعرفون ، ولا بد ، تلك الكائنات الحية البدائية المؤلفة من كرة صغيرة من مادة وذفية عديمة التمايز تقريبا . هذه الكائنات تبرز استطالات تسمى بالشوى الكاذبة Pseudopodes ، تفرغ فيها مادتها الحية . لكن في مقدورها ايضا ان تسحب هذه الاستطالات وان تعود فتتكور من جديد على نفسها. والحال اننا نشبه ابراز هذه الاستطالات باشرئباب الليبيدو نحو المواضيع ، وان بقيت كتلته الرئيسية اسيرة الانا ، ونسلم بأن الليبيدو الانوي يتحول بسهولة في الظروف العادية السوية الى ليبيدو موضوعي ، قابل بدوره الى الارتداد من جديد الى الانا .

ان هذه التصورات تتيح لنا ان نفسر ، او بتعبير اكثر تواضعا ان نصف بلغة نظرية الليبيدو عددا كبيرا من الحالات النفسية التي ينبغي ان نعتبرها مظاهر من الحياة السوية : كالموقف النفسي في

الحب ، وفي اثناء الامراض العضوية ، وفي حالة النوم . وفيما يتصل بهذه الحالة الاخيرة ، كنا قد سلمنا بأنها تقوم على انسحاب من العالم الخارجي وعلى الاستسلام للرغبة في النوم . وقلنا ان جميع الانشطة النفسية الليلية التي تتظاهر في الحلم تعمل في خدمة هذه الرغبة ، وأنها متحددة ومحكومة بدوافع انانية . فاذا انطلقنا هذه المرة من نظرية الليبيدو ، جاز لنا ان نستنتج أن النوم حالة تنسحب فيها الطاقات كافة ، الليبيدوية منها والانانية على حد سواء ، من المواضيع التي كانت متعلقة بها وتنكفىء باتجاه الانا . أفلا ترون ان هذا التصور يسلط ضوءا جديدا على الاستجمام الذي يوفره لنا النوم ، وكذلك على طبيعة التعب ؟ وبذلك تكتمل من وجهة النظر النفسية صورة الانعزال الهانىء في اثناء الحياة داخل الرحم ، وهي الصورة التي يستحضرها النائم امام انظارنا كل ليلة . ففي النوم تتكرر الحالة البدائية لتوزيع الليبيدو ، اي حالة النرجسية المطلقة التي يعيش في ظلها الليبيدو واهتمام الانا متحدين وغير متمايزين في الانا المكتفي بذاته .

هنا يتسع المجال لابداء ملاحظتين . اولا : كيف نميز النرجسية من الانانية ؟ في تقديري ان النرجسية هي التكملة الليبيدوية للانانية . فعندما نتكلم عن الانانية لا يذهب بنا الفكر الا الى ما ينفع الفرد ؛ لكننا اذا ما تكلمنا عن النرجسية اخذنا في اعتبارنا ايضا اشباعه الليبيدوي . ومن الممكن ، من الناحية العملية ، المضي بهذا التمييز بين النرجسية والانانية الى مسافة غير يسيرة . فقد يكون الفرد ذا انانية مطلقة من دون ان يكف مع هذا عن توظيف كميات كبيرة من الطاقة الليبيدوية في مواضيع اخرى ، وذلك بقدر ما يتمشى الاشباع الليبيدوي المتأتي من هذه المواضيع مع حاجات الانا . وفي هذه الحال تتخذ الانانية من الاحتياطات ما يحول دون وقوع ضرر على الانا من جراء طلب تلك المواضيع . وقد يكون الفرد انانيا وعلى درجة بارزة جدا من

النرجسية في الوقت نفسه ، اي يكون في مستطاعه الاستغناء بسهولة عن المواضيع الجنسية سواء أمن ناحية الاشباع الجنسي المباشر ، أم من ناحية تلك الميول السامية المشتقة من الحاجة الجنسية والتي درج الناس على تسميتها بـ «الحب» توكيدا للتباين بينها وبين «الشهوانية» الخالصة . وفي جميع هذه الاحوال تبدو الانانية وكأنها العنصر الثابت المتعالي على اي مناقضة ، بينما النرجسية ، على العكس ، هي العنصر المتغير . اما نقيض الانانية، اي **الغيرية** ، فلا تعني تبعية المواضيع لليبيدو ، وانما ما يميزها هو الامتناع عن التماس اشباع جنسي . وفي الحالة الحبية المطلقة وحدها تتطابق الغيرية مع تركيز الليبيدو على الموضوع . فالموضوع الجنسي يجذب اليه في العادة جزءا من نرجسية الانا ، ومن هنا ينشأ ما يمكننا ان نسميه بـ «المغالاة في القيمة الجنسية للموضوع» . فاذا ما اقترن ذلك بالانتقال الغيري للانانية باتجاه الموضوع الجنسي ، صار هذا الموضوع على درجة بالغة من القوة ؛ فنستطيع ان نقول عندئذ انه امتص الانا .

ولعلكم تجدون ، بعد هذا العرض الجاف والعويص لكشوفات العلم ، بعض الترفيه فيما لو أسمعتكم وصفا شعريا للتعارض الاقتصادي القائم بين النرجسية والحالة الحبية . وأنا أقبسه من **الديوان الغربي والشرقي** لغوته :

زليخة

الشعوب والعبيد والغالبون اجتمع رأيهم في
كل العصور على ان : السعادة القصوى
لاولاد الارض لا تكمن الا في شخص
الانسان .
فمهما تكن الحياة ، امكن للانسان ان يحياها
ما دام يعرف نفسه حق المعرفة . وليس
ثمة شيء يضيع ما دام الانسان على ما هو
عليه .

حاتم

هذا ممكن ! وذلك هو الرأي الشائع .
لكن غير هذا الرأي أرى .
فكل سعادة الارض
اراها مجتمعة في زليخة وحدها .
فبقدر ما تجزل لي العطاء من نفسها
يعلو شأني في نظر نفسي .
وان أشاحت عني
هويت الى الدرك الاسفل في نظر نفسي ،
فلا يعود لحاتم من وجود .
لكني أعرف ما انا صانع في هذه الحال :
سأندمج بشخص ذلك المحظوظ
الذي ستغدق عليه قبلاتها .

أما ملاحظتي الثانية فتأتي لتكمل نظرية الحلم . فنحن لا نستطيع ان نفسر تكوين الحلم ما لم نسلم ، علاوة على كل شيء ، بأن اللاشعور المكبوت صار مستقلا الى حد ما عن الانا ، فبات لا يخضع للرغبة في النوم ، بل يبقى محافظا على توظيفاته ، في حين ان جميع الطاقات الاخرى الموضوعة في تصرف الانا ، والموظفة في مواضيع ، تكون قد انسحبت لصالح النوم . عندئذ فقط يتسنى لنا ان نفهم كيف يستطيع هذا اللاشعور ان يغتنم فرصة انتفاء الرقابة او ضعفها اثناء النوم ليستولي على البقايا النهارية وليشكل ، من المواد التي تمده بها ، رغبة حلمية محظورة. ومن جهة اخرى ، من المحتمل ان تستمد البقايا النهارية ، جزئيا على الاقل ، قدرتها على المقاومة من الليبيدو الذي استأثر به النوم واحتكره ، لما بينها وبين اللاشعور المكبوت من صلة قائمة مسبقا . وهذه خاصية دينامية هامة لا بد ان ندخلها في تصورنا عن تكوين الاحلام .

ان المرض العضوي او التهيج المؤلم او التهاب عضو من

الاعضاء يخلق في نفس الفرد حالة تكون عاقبتها الجلية انفصام الليبيدو عن مواضيعه . وهذا الليبيدو المنسحب من المواضيع ينكفىء نحو الانا ليتعلق بقوة بالجزء المريض من الجسم . بل يسعنا ان نجترىء على التوكيد بأن انفصام الليبيدو عن مواضيعه ألفت للنظر في هذه الاحوال من انفصام الاهتمامات الانانية عن العالم الخارجي . ويبدو ان هذا يفتح لنا الطريق الى فهم هجاس المرض الذي يصبح فيه عضو من الاعضاء مصدر هم للانا ، وهذا من دون ان يكون به من مرض حقا . لكني أقاوم الاغراء بالمضي قدما في هذا السبيل ، او بتحليل مواقف اخرى تتيح لنا فرضية انكفاء الليبيدو الموضوعي نحو الانا امكانية فهمها او تصورها عيانيا : ذلك اني أتلهف الى الرد الى اعتراضين أعرف انهما يشغلان فكركم . فأنتم تريدون ان تعرفوا ، اولا ، لماذا أصر ، وأنا أتكلم عن النوم والمرض وغيرهما من المواقف المشابهة ، على التمييز بين الليبيدو والاهتمام ، بين الميول الجنسية والميول الأنوية ، في حين انه من الممكن تأويل الملاحظات تأويلا مرضيا فيما لو سلمنا بوجود طاقة واحدة ، وحيدة ، حرة في حركتها ، تلقي بنفسها تارة على الموضوع وطورا على الانا ، وتضع نفسها تارة في خدمة ميل من الميول وطورا في خدمة آخر . ثم انه يدهشكم ثانيا ، ولا ريب ، ان تروني أعالج انفصام الليبيدو عن مواضيعه كما لو انه مصدر لحالة مرضية ، مع ان تحولات الليبيدو الموضوعي الى ليبيدو أنوي ، او بصورة أعم الى طاقة أنوية ، هي من السيرورات السوية الدينامية النفسية ، وهي تتكرر كل يوم وكل ليلة .

وجوابي هو كالآتي . ان اعتراضكم الاول يبدو في محله في الظاهر . فدراسة حالة النوم والمرض والحالة الحبية ما كان لها بحد ذاتها في أرجح الظن ان تقودنا ابدا الى التمييز بين ليبيدو أنوي وليبيدو موضوعي ، او بين الليبيدو والاهتمام . لكنكم تنسون الابحاث التي اعتمدناها منطلقا لنا ، والتي على ضوئها ننظر الان في المواقف النفسية التي نحن بصدد مناقشتها .

فمشاهدتنا للصراع الذي منه تتولد الاعصبة التحويلية هي التي علمتنا ان نميز بين الليبيدو والاهتمام ، وبالتالي بين الغرائز الجنسية وغرائز البقاء . وليس لنا بعد الان ان نتخلى عن هذا التمييز . وقد لاح لنا ان امكانية تحول الليبيدو الموضوعي الى ليبيدو أنوي ، وبالتالي ضرورة اخذ وجود الليبيدو الانوي بعين الاعتبار ، هي التفسير الوحيد المعقول للغز الاعصبة النرجسية ، ومنها مثلا الخبل المبكر ، وكذلك وجوه التشابه والاختلاف بين هذه الاعصبة وبين الهستيريا والعصاب الوسواسي . ونحن نطبق الان على المرض والنوم والحالة الحبية ما ثبتت لنا صحته ثبوتا لا يرقى اليه الشك في حالات اخرى . والفرض الوحيد الذي لا ينبع من تجربتنا التحليلية ان الليبيدو يظل هو الليبيدو ، سواء أتعلق بمواضيع ام بأنا الفرد نفسه ، وأنه لا يتحول ابدا الى اهتمام اناني ؛ وبوسعنا ان نقول الشيء عينه عن الاهتمام الاناني. غير ان هذا الفرض لا يعدو ان يكون صيغة اخرى من التمييز ، الذي سبق ان اخضعناه لتقييم نقدي ، بين الميول الجنسية والميول الانوية ، وهو التمييز الذي عقدنا العزم ، لاسباب تتعلق بمنهج الكشف ، ان نتمسك به حتى يظهر — احتمالا — ما يدحضه .

واعتراضكم الثاني له بدوره ما يبرره ، لكنه موجّه في وجهة خاطئة . فلا ريب في ان ارتداد الليبيدو نحو الانا بعد انفصامه عن المواضيع ليس سببا مباشرا للمرض ؛ أفلا ترون هذه الظاهرة تتكرر في كل مرة قبل النوم ، ثم تسلك مسارا عكسيا بعد اليقظة؟ كذلك يسحب الحيوان المجهري الوذفي استطالاته ليعود الى ابرازها عند اول سانحة . غير ان الامر يختلف بيّن الاختلاف حين ترغم سيرورة محددة ، على جانب كبير من القوة ، الليبيدو على الانفصام عن مواضيعه . فالليبيدو ، الذي يصبح في هذه الحال نرجسيا ، لا يعود في مقدوره ان يسلك من جديد الطريق الذي يفضي الى المواضيع ، وهذا النقص في حركية الليبيدو هو الذي

يغدو مسببا للمرض . فلكأن تراكم الليبيدو لا يعود يطاق اذا ما تجاوز حدا معلوما . ومن المباح لنا ان نفترض انه اذا ما تعلق الليبيدو بمواضيع فما ذلك الا لان الانا يرى فيه وسيلة لتحاشي الآثار المرَضية التي لا بد ان تنجم عن تراكم مفرط لليبيدو لديه . ولو كان في خطتنا ان ندرس بمزيد من التفصيل الخبل المبكر ، لبيَّنت لكم ان السيرورة التي تفطم الليبيدو عن موضوعاته ثم تسد عليه طريق العودة اليها اذا ما تراءى له ان يعود اليها ، تقترب غاية الاقتراب من سيرورة الكبت وينبغي ان تعتبر نظيرتها . ولن يساوركم شعور بأنكم تطؤون ارضا جديدة لو ذكرت لكم ان شروط هذه السيرورة تكاد تكون مماثلة ، بحسب ما بات متوفرا لنا من المعرفة اليوم ، لشروط سيرورة الكبت . فالصراع يبدو واحدا ويدور بين القوى عينها . ولئن اختلف مآله عما نشاهده في الهستيريا مثلا ، فلا يمكن ان يكون مرد ذلك الا الى اختلاف في التهيؤ والاستعداد . فنقطة الضعف في تطور الليبيدو ـ وهي التي تتيح ، كما لعلكم تذكرون ، امكانية تكوين الاعراض ـ تقع لدى المرضى بالخبل المبكر في مرحلة اخرى ، هي في ارجح الظن مرحلة النرجسية البدائية التي يرتد اليها الخبل المبكر في آخر أطواره . ومما يستلفت النظر ان نكون مضطرين الى التسليم ، فيما يتصل بالاعصبة النرجسية جميعا ، بوجود مراكز لتثبيت الليبيدو تقع في مراحل من التطور ابكر بكثير مما في الهستيريا او العصاب الوسواسي . لكنكم تعلمون من قبل ان الافكار التي خرجنا بها من دراسة الاعصبة التحويلية تسمح لنا ايضا بأن نهتدي الى طريقنا في الاعصبة النرجسية التي هي أشدُّ تعقيدا وصعوبة من الناحية العملية . والحق ان السمات المشتركة بين هذين النوعين من الاعصبة كثيرة للغاية ، والفينومينولوجيا في كلتا الحالتين واحدة في الجوهر . ومن ثم يسهل عليكم ان تدركوا مدى الصعوبة ، ان لم يكن الاستحالة ، التي لا بد ان يصطدم بها من يتصدى لتفسير هذه الامراض التي تنتمي الى حقل الطب العقلي،

ان لم يكن مزودا بالمعرفة التحليلية التي تمده بها دراسة الاعصبة التحويلية .

ان الصورة الأعراضية ، البالغة التنوع اصلا ، للخبل المبكر لا تتألف فقط من الاعراض الناجمة عن انفصام الليبيدو عن مواضيعه وتراكمه في الانا في شكل انا نرجسي . بل ثمة ظاهرات اخرى تشغل حيزا كبيرا ، وذات صلة بجهود الليبيدو للعودة الى مواضيعه ، ويمكن اعتبارها بالتالي محاولة لاسترداد الصحة أو الشفاء . بل ان هذه الاعراض الاخيرة هي اكثر أعراض هذا المرض ظهورا وصخبا . وثمة شبه لا يمارى فيه بينها وبين أعراض الهستيريا ، وعلى نحو أندر بينها وبين أعراض العصاب الوسواسي ؛ ومع ذلك فانها تختلف عن هذه وتلك من الوجوه كافة . ويبدو ان الليبيدو ، في ما يبذله من جهود للعودة الى مواضيعه ، اي الى تمثلات (٢) هذه المواضيع ، يفلح حقا في التعلق بها في الخبل المبكر ، لكنه لا يمسك من هذه المواضيع الا ظلالها ، أعني التمثلات اللفظية المناظرة لها . ولا يسعني ان اذكر اكثر من ذلك هنا ، لكني أقدر ان مسلك الليبيدو هذا ، في صبوته الى العودة الى المواضيع ، اتاح لنا ان ندرك الفارق الحقيقي الذي يقوم بين تمثل شعوري وتمثل لاشعوري .

هكذا اكون قد أدخلتكم الى المجال الذي نرجو ان يحرز فيه البحث التحليلي تقدمه التالي . فمنذ ان ألفنا التعامل مع فكرة «الليبيدو الانوي» ، باتت الاعصبة النرجسية سهلة المأتى علينا .

---

١ ـ التمثل Représentation : مصطلح اقتبسه فرويد من الفلسفة ومن علم النفس الكلاسيكي ، وهو يعني به عادة الصورة ، اي صورة الشيء في الذهن ؛ ويميز بين التمثل الشيئي ، وهو المتأتي عن استحضار شكل الموضوع، وبين التمثل اللفظي ، وهو الذي يتأتى عن استحضار لفظه واسمه . ـم ـ

والمهمة التي تقع على عاتقنا بالتالي هي ان نجد تفسيرا ديناميا لهذه الامراض ، وأن نستكمل في الوقت نفسه معرفتنا بالحياة النفسية من خلال تعميق ما نعلمه عن الانا . وعلم نفس الانا ، الذي نسعى الى تشييده ، لا بد ان ترسى أسسه لا على معطيات استبطاننا ، بل ، كما في الليبيدو ، على تحليل اضطرابات الانا وضروب تفككه . ومن المحتمل ، بعد ان ننجز هذا العمل ، ان تتضاءل في نظرنا قيمة المعلومات والمعارف التي زودتنا بها دراسة الاعصبة التحويلية عن مصير الليبيدو . غير اننا لم ننجز بعد من هذا العمل الا شطرا يسيرا . فالاعصبة النرجسية لا تنصاع الا على قلة وندور للتقنية التي اعتمدناها في دراسة الاعصبة التحويلية ، وسأوضح لكم السبب في ذلك عما قليل . والحق اننا كلما تقدمنا خطوة الى الامام في دراسة الاعصبة النرجسية انتصب امامنا حاجز يوقف تقدمنا . وكنا قد اصطدمنا ني الاعصبة التحويلية ايضا ، على ما تذكرون ، بحواجز من المقاومة ، لكننا استطعنا في مجالها ان نذلل العقبات الواحدة تلو الاخرى . اما في الاعصبة النرجسية فالمقاومة عاتية لا تقهر ؛ وأقصى ما في مستطاعنا ان نلقي نظرة فضول واستطلاع من فوق الحاجز لنرى ما يجري في الجانب الآخر . اذن لا مناص من ان نستبدل طرائقنا التقنية المعهودة بأخرى غيرها ، ولسنا ندري بعد ان كان التوفيق سيحالفنا في عملية الاستبدال هذه . وليست المواد هي ما يعوزنا فيما يتصل بهؤلاء المرضى ؛ فهم يفصحون عن حالتهم بصور شتى ، وان لم يكن على الدوام في صورة اجوبة عن اسئلتنا . على انه لا خيار لنا في الوقت الحاضر الا ان نؤول تظاهرات مرضهم بالاعتماد على المفاهيم التي ظفرنا بها من دراسة أعراض الاعصبة التحويلية . والتشابه على كل حال كبير بما فيه الكفاية ليعيننا على الوصول ، في بادىء الامر ، الى نتيجة ايجابية ، ولكن من دون ان يكون في مقدورنا ان نتكهن بأن هذه التقنية قمينة بأن توصلنا الى غاية مرادنا .

ثمة صعوبات اخرى تعترض تقدمنا بعد . فالامراض النرجسية والاذهنة التي ترتبط بها لن تبوح بسرها الا لراصدين استكملوا تأهيلهم في مدرسة الدراسة التحليلية للاعصبة التحويلية . والحال ان اطباءنا العقليين يجهلون التحليل النفسي ، كما اننا لا نشاهد ، نحن أنصار التحليل النفسي ، الا القليل من حالات الامراض العقلية . والحق اننا بحاجة الى جيل من اطباء الامراض العقلية مروا بمدرسة التحليل النفسي ، على سبيل العلم التمهيدي . وتبذل اليوم في اميركا جهود من هذا القبيل ، حيث يقوم اطباء عقليون نابهون بتعريف تلامذتهم بالنظريات التحليلية النفسية ، وحيث يعمل بعض مدراء المصحات العقلية ، الخاصة والعامة، على ملاحظة مرضاهم على ضوء هذه النظريات . غير اننا افلحنا ، نحن ايضا ، في القاء نظرة من فوق الحاجز النرجسي ، وسأسرد لكم فيما يلي ما تسنى لنا ان نراه ، على قلته .

ان الشكل المرضي للبارانويا (٣) ، ذلك الجنون المطرد النسق والمزمن ، لا يزال يشغل مركزا متقلقلا في المحاولات التصنيفية لاطباء العقل المحدثين . ومع ذلك ، فان صلة قرباه بالخبل المبكر اكيدة لا جدال فيها . وقد أبحت لنفسي مرة ان أجمع بين البارانويا والخبل المبكر تحت تسمية مشتركة هي **البارافرينيا** . وتصنف أشكال البارانويا بحسب مضمونها ، ومنها هذاء العظمة، هذاء الاضطهاد ، هذاء الشبق ، هذاء الغيرة ، الخ . ونحن لا نتوقع محاولات للتفسير من جانب الطب العقلي . وسأذكر لكم بهذا الصدد ، وعلى سبيل المثال (اقر بالمناسبة انه مثال يعود الى عهد بعيد وقد فقد اليوم قدرا كبيرا من قيمته) ، المحاولة التي بذلت لاستنتاج عرض من عرض آخر غيره ، عن طريق عزو قدرة على

٣ ــ او الجنون الهذائي . ـم ـ

المحاكمة العقلية الى المريض : فالمريض الذي يداخله الاعتقاد ، بفعل استعداد اولي ، بأنه ضحية للاضطهاد ، يستخلص من هذا الاضطهاد ما مؤداه انه شخص ذو اهمية ، وهذا ما يولد لديه بالتالي هذاء العظمة . اما في تصورنا التحليلي فان هذاء العظمة هو النتيجة المباشرة لتضخم الانا بالكمية الكبيرة من الطاقة الليبيدوية المنسحبة من المواضيع ؛ فهو نرجسية ثانوية تطرأ كما لو من جراء استيقاظ النرجسية البدائية التي هي نرجسية الطفولة الاولى . غير ان ملاحظة لاحظتها في حالات هذاء الاضطهاد حملتني على سلوك اتجاه خاص . فقد كنت لاحظت اول الامر ان المضطهِد في الكثرة الغالبة من الحالات ينتمي الى نفس جنس المضطهَد . وكانت هذه الواقعة قابلة لتفسير بريء ، لكن ظهر لنا من التمعن في دراسة بعض الحالات ان الشخص الذي كان المريض يحبه من نفس جنسه حبا جما قبل مرضه هو عينه الذي يتحول الى مضطهِد له في نظره بعد مرضه . ومن الممكن ايضا ان يتطور الموقف بفعل اوالية الاستبدال ، اذ ينوب مناب الشخص المحبوب ، بفعل بعض وجوه الشبه المعروفة ، شخص آخر ، وعلى سبيل المثال المعلم او الرئيس محل الاب . وقد استخلصت من هذه التجارب ، التي ما ونت تزيد عددا ، ما مؤداه ان هذاء الاضطهاد Paranoia Persecutoria شكل مرضي يدرأ فيه الفرد عن نفسه ميلا جنسيا مثليا صار على درجة لا تحتمل من القوة . وتحول الحب الى كراهية ، وهو التحول الذي يمكن ان يغدو ، كما هو معلوم ، خطرا عظيما على حياة الموضوع المحبوب والمكروه في آن معا ، يناظر في هذه الحالات تحول الميول الليبيدوية الى حصر ، كنتيجة مطردة لسيرورة الكبت . وهاكم ، على سبيل المثال ايضا ، آخر مشاهداتي في هذا المجال . فقد اضطر طبيب شاب الى مغادرة مسقِط رأسه لانه توعد بالقتل ابن احد الاساتذة في جامعة هذه المدينة ، وكان الى ذلك الحين أخلص اصدقائه . وقد صار يعزو الى صديقه القديم هذا نيات جهنمية حقا وقوة

شيطانية . وقد اتهمه بكل ما ألم بأسرته من خطوب في السنوات الاخيرة ، وبكل ما واجهه من متاعب عائلية واجتماعية . غير ان الصديق الشرير المزعوم لم يقنع بهذا ، بل عمل ايضا ، مع والده الاستاذ ، على اشعال نار الحرب وعلى استدعاء الروس الى داخل حدود البلاد . وقد تعرض صاحبنا المريض ألف مرة للموت على حد زعمه ، ورسخ في يقينه ألا سبيل الى وضع حد للمصائب طرا الا بموت المجرم الشرير . ومع ذلك ، كان حبه القديم لهذا المجرم لا يزال على درجة بالغة من القوة ، فلما سنحت له الفرصة ذات يوم لصرع عدوه بطلقة من مسدس لم تطاوعه يده التي اصابها ما يشبه الشلل . وقد علمت ، اثناء الاحاديث المقتضبة التي دارت بيني وبين المريض ، ان صلات الصداقة بين الرجلين تعود الى السنوات الاولى من المدرسة . ولمرة واحدة على الاقل تخطت هذه العلاقات حدود الصداقة : فقد تمخضت ليلة امضياها معا عن اتصال جنسي كامل بينهما . والحق ان مريضنا لم تساوره قط ازاء النساء مشاعر مشبوبة تتفق مع عمره وسحر شخصيته . وكان قد خطب فتاة جميلة وأنيقة ، لكنها لما لاحظت فتور خطيبها نحوها فسخت الخطبة . وبعد ذلك بعدة سنوات تظاهر المرض لديه ، على وجه التحديد في اليوم الذي افلح فيه لاول مرة في اشباع امرأة اتصل بها اشباعا تاما . اذ لما عانقته هذه المرأة بعرفان للجميل وباستسلام ، أحس من فوره بألم غريب ، فلكأن ضربة سكين شطرت قحف رأسه . وقد وصف فيما بعد هذا الاحساس بقوله انه لا يستطيع ان يشبهه الا بما ينتاب المرء من احساس حين تحطم جمجمته لتعرية مخه ، كما هي الحال في تشريح الجثة او حج العظام وثقبها . وبما ان صديقه كان متخصصا في التشريح الباتولوجي ، اكتشف رويدا رويدا ان هذا الصديق هو وحده من يستطيع ان يبعث اليه بتلك المرأة لتفويه. وابتداء من تلك اللحظة تفتحت عيناه ، وفهم ان كل ضروب

الاضطهاد الاخرى التي يكابدها انما هي من صنع صديقه القديم وكيده .

لكن كيف تحدث الامور في الحالات التي لا يكون فيها المضطهِد من نفس جنس المضطهَد ، والتي تطعن فيما يبدو في صحة تفسيرنا لهذا المرض باعتباره دفاعا ضد ليبيدو جنسي مثلي؟ لقد تسنت لي الفرصة مؤخرا لفحص حالة من هذا النوع ، فاستخلصت من التناقض الظاهري توكيدا لما أذهب اليه من تصور . انها حالة فتاة كان يداخلها الاعتقاد بأن الرجل الذي جمعه واياها لقاءان حميمان هو من يضطهدها ، ولكنها كانت في بادىء الامر قد صبت هذاءها ، في الواقع ، على امرأة يمكن اعتبارها بديلا حل في ذهنها محل امها . وهي لم تفلح في كف هذائها عن هذه المرأة وتحويله الى الرجل الا بعد لقائها الثاني به . اذن فشرط الجنس المثيل كان متحققا من البداية في هذه الحالة، مثلما كان متحققا في الحالة السابقة التي حدثتكم عنها . ولم تتعرض المريضة ، في شكواها لمحاميها وطبيبها ، لذكر ذلك الطور الاولي من جنونها ، وهذا ما جعل الامر في ظاهره تفنيدا لتصورنا عن البارانويا .

ان الجنسية المثلية في اختيار الموضوع تكون في بادىء الامر أوثق صلة بالنرجسية من الجنسية الغيرية . ولذا ، اذا اقتضت الحال استبعاد ميل جنسي مثلي اقوى واعنف مما ينبغي ، سهلت كل السهولة العودة الى النرجسية . ولم تتسن لي الفرصة حتى الان لأحدثكم مليا عن الاسس التي تقوم عليها الحياة الحبية ، كما اتصورها ، ويتعذر علي ان أسد هذه الثغرة هنا . وكل ما بوسعي ان اذكره لكم هو ان اختيار الموضوع والتقدم في تطور الليبيدو عقب الطور النرجسي يمكن ان يتما وفق طرازين مختلفين : **الطراز النرجسي** ، وفيه يتم استبدال انا الشخص المعني بأنا شخص آخر يشبهه قدر الامكان ، و**الطراز الوكلي** ، وفيه يقع الاختيار ، كمواضيع لليبيدو ، على الاشخاص الذين صار الفرد لا

يستغني عنهم لانهم يعضدونه ويتكل عليهم او لانهم يكفلون اشباع حاجات حيوية اخرى عنده . وفي رأينا ان ميل الليبيدو الجامح الى اختيار موضوعه وفق الطراز النرجسي هو من جملة مكونات الاستعداد للجنسية المثلية السافرة .

لقد حدثتكم ، كما تذكرون ، في اولى محاضراتي لهذا الموسم الدراسي ، عن حالة امرأة مصابة بهذاء الغيرة . وأما وقد شارف عرضي الان على الانتهاء ، فأكبر الظن ان بكم فضولا يثور الى ان تعرفوا كيف أفسر الهذاء من وجهة نظر التحليل النفسي . ويؤسفني الا يكون في مقدوري ان احدثكم عن هذا الموضوع بقدر ما تنتظرون . وكل ما سأذكره لكم ان استعصاء الهذاء على التأثر بالحجج المنطقية والتجارب الواقعية يمكن ان يعلل ، مثله مثل استعصاء الوسواس على المؤثرات نفسها ، بصلاته بالركيزة اللاشعورية التي يمثلها ويقمعها في آن واحد الهذاء او الهاجس الوسواسي . ولا تختلف الاصابتان فيما بينهما الا من الناحيتين الطبوغرافية والدينامية .

وكما في البارانويا وجدنا في السويداء (المالنخوليا) ، التي وصفت سريريا في صور شتى ، صدعا من شأنه ان يشف لنا عن بنيتها الداخلية . فقد لاحظنا ان ضروب الملامة التي ينهال بها السوداويون بلا شفقة على انفسهم تنصب في الواقع على شخص آخر ، على الموضوع الجنسي الذي فقدوه او الذي فقدوا اعتبارهم وتقديرهم له لخطأ ارتكبه . وقد امكن لنا ان نستنتج من ذلك ان السوداوي ان كان سحب من الموضوع الليبيدو الذي وظفه فيه ، فان هذا الموضوع قد انتقل الى داخل الانا ، وكأنه اسقط عليه ، بفعل سيرورة نستطيع ان نطلق عليها اسم **التماهي النرجسي** . ولا يسعني هنا ان أقدم لكم سوى صورة مجازية عن هذه الحالة، وليس وصفا طبوغرافيا ـ ديناميا حسب الاصول . فالانا يعامل عندئذ وكأنه هو الموضوع المهجور ، فيكابد جميع ضروب العدوان

ومظاهر الانتقام الموجهة اصلا الى الموضوع . ومن الممكن ايضا ان نعلل على ضوء هذا التصور ، وبسهولة اكبر ، ما نلاحظه لـدى السوداويين من ميل الى الانتحار ، اذ يحاول المريض في هذه الحال ان يقضي على نفسه وعلى الموضوع المحبوب والمكروه في آن معا . وفي السويداء ، كما في سائر الامراض النرجسية ، تتظاهر على نحو سافر سمة من سمات الحياة الوجدانية اعتدنا ان نسميها ، مع بلولر ، **بالازدواجية** (٤) . ونقصد بها ان توجد لدى الشخص الواحد عواطف متناقضة ، ودية وعدائية ، تجاه شخص آخر . ومن دواعي الاسف الا تكون قد سنحت لي الفرصة ، في اثناء هذه المحاضرات لأحدثكم مليا عن ازدواجية العواطف هذه .

الى جانب التماهي النرجسي يوجد تماه هستيري نعرفه منذ عهد ابعد بكثير . وكان بودي لو أبيِّن لكم الفوارق بين هذين النوعين من التماهي ببضعة أمثال مختارة . على انه يسعني ان اسرد على مسامعكم على كل حال شيئا طريفا بكل تأكيد حول الاشكال الدورية والنوبية للسويداء . اذ من الممكن في ظروف مؤاتية (وقد جربت ذلك بنفسي مرتين) الحؤول دون رجوع الحالة السوداوية ، إما بصورتها الوجدانية المعهودة واما بصورة معاكسة ، عن طريق تطبيق العلاج التحليلي في الفترات التي يصفو فيها ذهن المريض بين النوبات . فعندئذ نلاحظ ان بيت القصيد في السويداء وفي الهوس الوصول الى حل لصراع من نوع خاص ، وان تكن عناصره هي بالتحديد عين عناصر الاعصبة الاخرى . وكما ترون فان التحليل النفسي لا يزال عليه ان يجمع قدرا كبيرا من المعطيات في هذا المضمار .

---

٤ _ Ambivalence : مصطلح نحته بلولر من اللاتينية : Ambo اي اثنان ، و Valere اي يعادل ، ويطلق على كل ما له بذاته مظهران متعارضان ، وقد درجت المدرسة المصرية على ترجمته بالتعارض الوجداني . ـم ـ

ذكرت لكم كذلك انه بوسعنا ، بفضل التحليل النفسي ، تحصيل معلومات عن تركيب الانا وعن العناصر الداخلة في بنيته . بل شرعنا فعلا نستشف هذا التركيب وهذه العناصر . وقد لاح لنا ان تحليل هذاء الترصد يتيح لنا أن نستنتج انه توجد في الانا فعلا سلطة تراقب وترصد وتنقد وتقارن على الدوام ، وتقف من ثم موقفا معارضا من الشطر الآخر من الانا . لهذا ارى ان المريض يكشف لنا عن حقيقة لا تولى في العادة ما تستأهله من اهتمام واعتبار ، وذلك عندما يتشكى من ان كل خطوة من خطواته مراقبة مرصودة ، وكل فكرة من افكاره مستباحة منقودة . وخطؤه الوحيد انه يجعل خارج نفسه مركز هذه القوة المزعجة ، وكأنها غريبة مستقلة عنه . انه يشعر في داخل نفسه بسلطان هيئة تقيس أناه الراهن وكل تظاهرة من تظاهراته بمقياس **انا مثالي** اختلقه لنفسه بنفسه في اثناء تطوره . بل اني ارى انه ما اختلق هذا الانا المثالي الا بغية استعادة رضاه عن نفسه ، ذلك الرضى الذي كان يلازم النرجسية الطفلية الاولية والذي مني منذئذ بصدمات وإذلالات كثيرة . هذه السلطة التي تراقب وترصد معروفة لدينا : فهي الرقيب على الانا ، اي **الضمير** ؛ وهي عينها التي تمارس ليلا الرقابة على الاحلام ، والتي تفرض الكبت على الرغبات غير المقبولة . وتحلل هذه السلطة تحت تأثير هذاء الترصد يكشف لنا عن أصولها : تأثير الوالدين والمربين والوسط الاجتماعي ، والتماهي مع بعض الاشخاص الذي كان تأثيرهم ابعد مدى من تأثير غيرهم .

تلكم هي بعض النتائج التي يمكن ان نخرج بها من تطبيق التحليل النفسي على الاعصبة النرجسية . وأنا أقر انها ليست بالكثيرة ، وانه كثيرا ما يعوزها ذلك الوضوح الذي لا سبيل الى الوصول اليه الا بعد التآلف مع المضمار الجديد . ونحن ندين بهذه النتائج لاعتماد مفهوم الليبيدو الانوي او الليبيدو النرجسي ، مما اتاح لنا ان نسحب على الاعصبة النرجسية المعطيات التي أمدتنا

بها دراسة الاعصبة التحويلية . وانكم لتتساءلون الان بلا ريب عما اذا لم يكن في الامكان ان نعمم نظريـة الليبيدو على جميـــع اضطرابات الامراض النرجسية والأذهنة ، وعما اذا لم يكن العامل الليبيدوي في الحياة النفسية هو المسؤول في نهاية المطاف عــن المرض ، من دون ان نقيم اعتبارا لاي خلل في وظائف غرائز البقاء. والحال ان الاجابة عن هذا السؤال لا تبدو لي عاجلة ملحة ، وهي على الاخص لم تنضج بما فيه الكفاية لنجازف بصوغها . فلندع البحث العلمي يواصل تقدمه ولننتظر بصبر . ولن يدهشني ان أعلم ذات يوم ان القدرة الإمراضية هي بالفعل سمة موقوفة على الميول الليبيدوية وحدها ، وان نظرية الليبيدو يعقد لها إزار النصر على طول الخط ، بدءا من ابسط أشكال الاعصبة الراهنة وانتهاء بأخطر أشكال الجنون الذهاني لدى الفرد . أفلا نعرف ان ما يميز الليبيدو هو رفضه الخضوع لواقع الكون وللضرورة ؟ لكن يتراءى لي انه من المرجح ان تتعرض ميول الانا هي الاخرى لاضطرابـات وظيفية ، استتباعا لاندفاعات الليبيدو الإمراضية . ولئن علمت ذات يوم ان ميول الانا تكون هي السباقة الى الاختلال في الاشكال الخطرة من الذهان ، فلن ارى في ذلك حيدانا عن الاتجاه العام لابحاثنا . ولكن هذه مسألة لا تزال رهن المستقبل ، بالنسبة اليكم على الاقل .

اسمحوا لي بالرجوع لهنيهة من الزمن الى موضوع الحصر ، لكي نجلو نقطة غامضة اخيرة لا تزال تحـــف به . فقد قلنا ان الصلات المعروفة القائمة بين الحصر والليبيدو لا تبيـــح لنا ان نفترض ، رغم ان هذه قضية مسلم بها وتكاد لا تحتمل جدالا ، ان يكون الحصر الواقعي حيال الخطر تظاهرا لغرائز البقاء . افليس من الممكن ان يستمد وجدان الحصر عناصره من ليبيدو الانا ، وليس من الاهتمامات الانانية لغرائز الانا ؟ ذلك ان حالة الحصر هي في صميمها لاعقلانية ، ولاعقلانيتها تغدو لافتة للنظر متى ما ادركت درجة معينة من الشدة ، اذ تعطل عندئذ العمـــل ، سواء

أكان هربا ام دفاعا ، مع ان هذا العمل هو وحده العقلاني وهــو وحده القمين بأن يصون البقاء . وهكذا لو عزونا الشطر الوجداني من الحصر الواقعي الى ليبيدو الانا ، والعمل الذي يحدث بهذه المناسبة الى غريزة بقاء الانا ، لذللنا كل صعوبة نظرية . ولست اخالكم تصدقون فعلا ان الانسان يهرب **لانه** يشعر بالخـــوف ويهرب للدافع نفسه ، وهو ادراك الخطر . ويروي رجال واجهوا أخطارا جسيمة انه لم يساورهم اي خوف ، بل تصرفوا وعملوا ليس الا ، بأن سددوا مثلا اسلحتهم الى الوحش الكاسر . وهذا اعقل رد فعل يمكن ان يصدر عنهم .

المحاضرة السابعة والعشرون

التحويل

مع اقترابنا من نهاية احاديثنا يستيقظ فيكم ــ انا على يقين من ذلك ــ توقع آمل الا يكون لكم مصدر خيبة . فأنتم تقولون بينكم وبين انفسكم اني لم امضِ بكم عبر متاهات التفاصيل الكبرى والصغرى للمادة التحليلية النفسية لكي أستأذنكم في آخر المطاف بالانصراف من دون ان أنبس لكم ببنت شفة عن العلاج الذي اليه ترتكز مع ذلك امكانية ممارسة التحليل النفسي . وبالفعل ، انه ليتعذر علي ان اتفادى هذا الموضوع ، لاني لو تملصت منه لتركتكم في جهل بواقعة جديدة سيبقى بدونها فهمكم للامراض التي تفحصناها ناقصا غير كامل .

انا اعلم انكم لا تنتظرون مني ارشادكم الى التقنية ، الى خطة ممارسة التحليل لهدف علاجي . انما تريدون فقط ان تعرفوا

بصفة عامة ما هي طريقة عمل المعالجة التحليلية النفسية وما هي نتائجها ومفاعيلها على وجه التقريب . وحقكم في معرفة ذلك لا مرية فيه ، ومع هذا لن أذكر لكم شيئا عنه ، لاني أوثر ان أدعكم تهتدون بأنفسكم وبوسائلكم الخاصة الى طريقة العمل تلك ونتائجها ومفاعيلها تلك .

هيا ، أعملوا فكركم ! انتم تعرفون الان شروط المرض الاساسية كافة ، والعوامل التي تفعل فعلها لدى الشخص المريض قاطبة . فهل يبقى ثمة من مجال للكلام عن التأثير العلاجي؟ هاكم اولا الاستعداد الوراثي : فنحن لا نكثر من الكلام عنه ، لان غيرنا يلح عليه الحاحا شديدا ، ولانه ليس لدينا جديد نضيفه الى ما يقولونه عنه . لكن لا تحسبوا اني أتجاهل اهميته : فليس لنا ان ندرك مدى قوته وأثره الا بقدر ما نمارس العلاج . ثم اننا لا نملك ان نغير فيه شيئا ؛ فهو يبقى بالنسبة الينا مجرد معطى ، اشبه بقوة ترسم حدودا لجهودنا . ويأتي بعد ذلك تأثير احداث الطفولة الاولى وخبراتها التي اعتدنا ان نجعل لها مكانة الصدارة في التحليل . هذه الاحداث والخبرات تنتمي الى الماضي ، ولا نملك ان نتصرف كما لو انها لم توجد قط . ولدينا اخيرا كل ما جمعناه في باب «الاحباط الواقعي» ، اي مختلف فواجع الحياة التي تفرض القطاعة عن الحب وتتسبب في الشقاء والبؤس ، والشقاق العائلي ، والزواج غير الموفق ، وهذا ناهيك عن الظروف الاجتماعية غير المؤاتية وصرامة المطالب الاخلاقية التي نرزح تحت ضغطها . ولا ريب في ان هذه كلها مداخل الى العلاج الناجع ، ولكنها من النوع الذي طبقه الامبراطور جوزيف [1] على حد ما تروي الاسطورة الفييناوية : التدخل العميم النفع لرجل قادر

---

1 ــ هو جوزيف الثاني (١٧٤١ ــ ١٧٩٠) ، ولد في فيينا وقاد الامبراطورية الجرمانية ، وكان مثالا للمستبد المستنير . ــمــ

قاهر ، ينحني امام ارادته الرجال قاطبة وتزول الصعوبات طرا. لكن من نحن حتى نبيح لانفسنا مثل هذا التدخل النافع في مضمار العلاج ؟ السنا نحن انفسنا فقراء ، غير نافذين اجتماعيا، ومكرهين على اتخاذ مهنتنا وسيلة للرزق والمعاش ، فلا نملك ان نبذل عنايتنا مجانا للمرضى الذين ما اوتوا حظا من اليسار ، على حين ان غيرنا من الاطباء ، ممن يستخدمون طرقا اخرى في العلاج ، لا يعز عليهم اتيان مثل هذا المعروف ؟ ذلك ان طريقتنا العلاجية طويلة النفَس ، ولا تعطي ثمارها الا بتوءدة مسرفة وبعد طول عناء . ولعل واحدا من العوامل التي استعرضتها امامكم قد استرعى انتباهكم اكثر من غيره ، فارتأيتم انه أصلحها لان يكون منطلقا لما ننشده من تأثير علاجي . فلئن يكن التقييد الاخلاقي المفروض من قبل المجتمع هو المسؤول عن الحرمان الذي يقاسيه المريض ، ففي وسع العلاج ، على ما قد تتصورون ، ان يشجعه او يحثه حثا مباشرا على التعالي على هذا التقييد وعلى التماس الاشباع والصحة عن طريق رفض الانصياع لمثل اعلى يعلق عليه المجتمع قيمة كبرى ، ولكن نادرا ما يستلهمه الناس فعلا . وهذا يعدل القول بأن سبيل الفرد الى الشفاء ان يحيا حياته الجنسية الى اقصى مداها . ولو كان العلاج التحليلي ينطوي فعلا على تحريض وتشجيع من هذا القبيل ، لاستأهل بلا جدال الملامة ولاستحق ان تعاب عليه مخالفته للاخلاق العامة ، لان ما يعطيه للفرد في هذه الحالة انما ينتزعه من المجموع .

لكن من اين جاءكم هذا الخبر الباطل ! ان نصح الفرد بأن يعيش حياته الجنسية الى اقصى مداها لا صلة له من قريب او بعيد بالمعالجة التحليلية النفسية ، وحسبي اني كنت ذكرت لكم انه تدور في نفس المريض رحى صراع دائم بين الميل الليبيدوي والكبت الجنسي ، بين الجانب الشهواني فيه والجانب الزهدي. وليس السبيل الى حل هذا الصراع ان نساعد احد الخصمين على

التغلب على الآخر . نحن نرى ان الزهد هو الذي ترجح كفته لدى العصبي ، فتكون عاقبة ذلك ان يعوض الميل الجنسي عن خسارته بالاعراض . أما لو عملنا ، على العكس ، على ان تكون الغلبة للجانب الشهواني في الفرد ، فان الجانب الزهدي فيه هو الذي سيبحث في هذه الحالة عن متنفس من كبته بالاعراض . وليس يملك اي من هذين الحلين ان يضع حدا للصراع الداخلي ، اذ سيبقى هناك على الدوام جانب غير مشبع . ونادرة هي الحالات التي يكون فيها الصراع على درجة بالغة من الضعف والوهن بحيث يكفي تدخل الطبيب لحسمه ، والحق ان هذه الحالات لا تقتضي معالجة تحليلية . فالاشخاص الذين يمكن للطبيب ان يؤثر عليهم مثل هذا التأثير سهل عليهم ان يظفروا بالنتيجة نفسها من دون تدخل الطبيب . وانتم تعلمون حق العلم انه متى ما قر قرار الشاب المتعفف على ان يقيم علاقات جنسية لامشروعة او متى ما عزمت زوجة محرومة من الاشباع على التماس ما هي محرومة منه لدى رجل آخر ، فانهما لا ينتظران في العادة الاذن من الطبيب ولا حتى من المحلل النفسي ليقدما على ما عقدا النية عليه .

ثمة نقطة اساسية في هذه المسألة لا تحظى بالانتباه المطلوب، وهي ان الصراع الإمراضي لدى العصبيين لا يشبه في شيء الصراع العادي الذي ينشب بين الميول النفسية المتعارضة فوق ارض سيكولوجية واحدة . فالصراع بين العصبيين صراع عند قوى وصل بعضها الى مستوى الشعور والقبشعور ، بينما لم يتخط بعضها الآخر حدود اللاشعور . ولهذا لا يمكن للصراع ان يفضي الى حل . فالخصمان لا يجابه واحدهما الآخر وجها لوجه، كما يتجابه الدب الابيض والحوت في الحكاية الرمزية المعروفة . ولا سبيل الى حل حقيقي الا اذا واجه واحدهما الآخر على مستوى واحد . واعتقد ان المهمة الوحيدة للعلاج ان يجعل هذه المواجهة ممكنة .

بوسعي ان اؤكد لكم ، علاوة على ذلك ، خطل ما اجتمع لكم

من علم ان كنتم تعتقدون ان النصح والارشاد وتسديد الخطى في صروف الحياة من مقومات التقنية التحليلية النفسية . فنحن نبتعد قدر المستطاع عن دور الناصح المرشد هذا ، ولا يعتمل فينا سوى رغبة واحدة وهي ان نرى المريض يبرم قراراته بنفسه . ولهذا نطلب اليه ان يرجىء الى نهاية العلاج كل قرار هام يتصل بمستقبل حياته : كاختيار مهنة ، او القيام بمشروع تجاري ، او عقد زواج ، او الاقدام على طلاق ، الخ . واعتقد انكم توافقونني على ان هذا يختلف كل الاختلاف عما كنتم تظنون ! ونحن لا نشذ عن هذه القاعدة ونقرن الى دور الطبيب دور المربي الا اذا كنا بصدد معالجة أفراد يافعين ، لا حيلة لهم ولا قوة . لكننا نعي في مثل هذه الحال مسؤوليتنا ، ونتصرف بكل الفطنة والحيطة المطلوبتين .

غير انكم تخطئون ايضا لو استنتجتم من ردي الحار على اتهام من يتهم المعالجة التحليلية النفسية بأنها تحض العصبي على ان يحيا حياته الجنسية الى اقصى مداها ، ان التأثير الذي نمارسه يأخذ بناصر الاخلاق الاجتماعية . فهذا القصد بعيد عنا بعد القصد الاول . صحيح اننا ملاحظون ومراقبون ، ولسنا مصلحين ، لكن لا يسعنا مع ذلك ان نمسك عن ان نلاحظ ونراقب بعين ناقدة : لذا وجدنا انه يستحيلّ علينا ان نتولى الدفاع عن الاخلاق الجنسية المتواضع عليها ، وأن نمحض تأييدنا للطريقة التي يحاول المجتمع ان يحل بها عمليا مشكلة الحياة الجنسية . وبوسعنا ان نقول بكل بساطة للمجتمع ان ما يسميه بعرفه الاخلاقي يكلف من التضحيات اكثر مما يستحق ، وان اساليبه وطرائقه تفتقد الى الصدق افتقادها الى الحكمة . ونحن لا نخطىء حينما نفصح عن انتقاداتنا امام المرضى ؛ بل نعوّدهم على التفكير بلا تحيز وبلا أحكام مسبقة ، في الوقائع الجنسية كما في غيرها من الوقائع ؛ فاذا ما صار العلاج الى نهايته واستقلوا بأنفسهم

وقرروا بمحض ارادتهم الاخذ بحل وسط بين الحياة الجنسية اللامقيدة والزهد المطلق ، لم يرزح ضميرنا تحت عبء اي تبكيت . والرأي عندنا ان من استطاع ، بعد ان جاهد نفسه ، ان يرقى بها نحو الحقيقة ، كان بمنجاة من خطر التحلل الخلقي ، وكان في حل من ان يكون سلم قيمه الاخلاقية مختلفا بعض الاختلاف عن سلم القيم التي تواضع عليها مجتمعه . ولنحذر على كل حال المبالغة في تقدير دور التعفف الجنسي في نشوء الاعصبة . ففي عدد محدود للغاية من الحالات فقط يمكن للفرد ان ينعتق من الموقف الإمراضي الناجم عن الحرمان وتراكم الليبيدو بإقدامه على اقامة علاقات جنسية سهلة لا عناء فيها .

اذن لن تفسروا التأثير العلاجي للتحليل النفسي بالقول انه يبيح للمريض ان يحيا حياته الجنسية حتى اقصى مداها . بل عليكم ان تبحثوا عن تفسير آخر . ولعل ملاحظة أبديتها ، وأنا افند خطأكم بصدد هذه النقطة ، قد وجهتكم في الوجهة الصحيحة . ولعلكم بالتالي ادرتم في أذهانكم الفكرة التالية : ان نفع التحليل النفسي يكمن في أرجح الظن في استبدال اللاشعوري بالشعوري وترجمة اللاشعور الى الشعور . وهذا صحيح . فنحن اذ نستدرج اللاشعور الى الشعور نلغي الكبت ، وننحي الشروط التي تتحكم بتكوين الاعراض ، ونحول الصراع الممرض الى صراع سوي لا بد ان يجد سبيله ، بطريقة او بأخرى ، الى الحل في خاتمة المطاف . ونحن لا نصنع للمريض شيئا غير ان نستثير لديه هذا التغير النفسي وحده ، وبقدر ما نوفق الى استثارته نظفر بالشفاء . اما في الحالات التي لا سبيل فيها الى الغاء الكبت او اية سيرورة نفسية من النوع نفسه ، فان تقنيتنا العلاجية يسقط في يدها .

في مقدورنا ان نعبر عن هدف جهودنا بصيغ شتى : فبوسعنا ان نقول مثلا اننا نسعى الى جعل اللاشعوري شعوريا ، او الى الغاء الكبت ، او الى سد الثغرات الذاكرية ؛ وهذا كله سيان .

غير ان هذا الاقرار قد لا يقع منكم موقعا حسنا . فلعلكم كوّنتم عن شفاء المريض العصبي فكرة مغايرة ، فتصورتم انه يغدو بعد خضوعه لعملية التحليل النفسي الشاقة شخصا آخر ؛ وهأنذا اقول لكم ان شفاءه لا يعدو ان يكون تزايدا في الشعور لديه وتناقصا في اللاشعور بمقدار ضئيل عما ذي قبل ! والحال انكم لا تقدرون في اكبر الظن اهمية مثل هذا التغير الداخلي حق قدره . فالعصبي الذي يشفى يغدو بالفعل شخصا آخر ، لكنه يبقى في صميم الامر هو نفسه بطبيعة الحال ، اي انه يصير ما كان يمكنه ان يكونه ، بدون مساعدة العلاج ، فيما لو كانت الظروف اكثر مؤاتاة له . وهذا ليس بقليل . فلو عرفتم هذا واطلعتم على كل ما ينبغي فعله وعلى جميع الجهود التي لا بد ان تستنفر للوصول الى هذا التغير الطفيف في الظاهر في حياة المريض النفسية ، لما عاد يخامركم شك في اهمية ذلك الانتقال الذي نفلح في استثارته من مستوى نفسي الى آخر .

هنا أستطرد قليلا لأسألكم هل تعرفون ما المقصود بالعلاج العلّي ؟ ان هذه التسمية تطلق على طريقة في العلاج تجعل همها لا ان تتصدى لتظاهرات المرض بل ان تلغي اسبابه وعلله . فهل التحليل النفسي على هذا الاساس علاج علّي ام لا ؟ الاجابة عن هذا السؤال ليست بالسهلة ، لكنها قد تتيح لنا الفرصة لندرك بطلان السؤال نفسه . فبقدر ما لا يكون الغاء الاعراض هو الهدف المباشر للمعالجة التحليلية ، تسلك هذه مسلك العلاج العلي . لكننا ان نظرنا اليها من غير هذا المنظور ، بدت لنا غير علية . فلقد وضعنا نصب اعيننا من البداية ان نقتص أثر تسلسل العلل والاسباب ، من خلال ضروب الكبت ، وصولا الى الاستعدادات الغريزية بما تكون عليه من شدة نسبية في جبلّة الفرد ، وبما يطرأ عليها من حيدان وانحراف عن مسار تطورها السوي . ولنفرض الان انه تأتى لنا ان نؤثر بطرائق كيماوية في هذه البنية

النفسية ، فنزيد او ننقص كمية الليبيدو المتواجدة في لحظة معينة ، ونعزز غريزة بعينها على حساب غيرها ؛ فلو فعلنا لكان هذا علاجا عليا بحصر معنى الكلمة، علاجا لا يكون من شأن التحليل النفسي غير ان يرود له الطريق ويمهدها . والحال انه لا مجال في الوقت الحاضر للتفكير باخضاع سيرورات الليبيدو لمثل ذلك التأثير ؛ فمعالجتنا النفسية تتصدى لحلقة اخرى في السلسلة ، حلقة قد لا تكون موصولة بجذور الظاهرات المنظورة من قبلنا ، ولكنها بعيدة منتهى البعد مع ذلك عن الاعراض ، وقد هدتنا اليها ظروف فريدة بحق .

ماذا ينبغي اذن ان نفعل لنستبدل اللاشعوري بالشعوري لدى مرضانا ؟ لقد خيل الينا لحين من الزمن ان الامر في غاية من السهولة ، وانه حسبنا ان نميط اللثام عن اللاشعور لنضعه من ثم تحت بصر المريض . لكننا نعلم اليوم اننا كنا في خطأ من امرنا . فما نعرفه عن اللاشعور لا يتطابق بتاتا مع ما يعرفه المريض عنه ؛ فحين نكاشفه بما نعلمه ، **لا يستعيض** عن لاشعوره بما تحصل له من معرفة ، بل يرصف هذه **بجانب** ذلك ، فيبقى اللاشعور عنده بالتالي بلا تغيير تقريبا . وأولى بنا ان نكوّن عن هذا اللاشعور تصورا **طبوغرافيا** ، وأن نلتمسه في ذكريات المريض حيثما امكن له ان يتكون ويتشكل عقب عملية كبت . وهذا الكبت هو ما ينبغي ان يزال كيما يتم حلول الشعوري محل اللاشعوري من تلقاء نفسه . لكن ما السبيل الى ازالة الكبت ؟ هنا تبدا المرحلة الثانية من عملنا : فنتقصى اولا أثر الكبت ، ونلغي ثانيا المقاومة التي تبقي عليه قائما .

وكيف السبيل الى ازالة هذه المقاومة ؟ بالطريقة عينها : بأن نميط عنها اللثام ونضعها تحت بصر المريض . ذلك ان المصدر الذي تنشأ عنه المقاومة هو الكبت ايضا ، وقد يكون هذا الكبت هو عينه الذي نسعى الى حله ، وقد يكون كبتا آخر طرأ قبله .

والمقاومة حصيلة التوظيف المضاد الرامي الى كبت الميل المستهجن. ثم نفعل الان ما كنا اردنا ان نفعله في اول الامر : نؤول ونكشف ونكاشف المريض بما نصل اليه ، لكننا نفعل ذلك هذه المرة في الموضع المناسب . والتوظيف المضاد او المقاومة جزء ، لا من اللاشعور ، بل من الانا الذي يتعاون وإيانا ، وذلك حتى ولو لم تكن هذه المقاومة شعورية . وكلمة «اللاشعور» لها هنا ، كما نعلم ، معنيان : اللاشعور كظاهرة ، واللاشعور كنسق (٢) . وقد يبدو الامر غامضا وبالغ التعقيد ، ولكنه أليس في صميمه واحدا ؟ وهذه مسألة كانت قد عرضت لنا على كل حال من قبل . اذن فنحن ننتظر ان تختفي المقاومة ، وأن يتراجع التوظيف المضاد ، حالما يضع تأويلنا كلا منهما تحت بصر الانا . فما القوى التي نعمل واياها في هذا النوع من الحالات ؟ ان اول اعتمادنا على رغبة المريض في استعادة صحته وعافيته ، وهي الرغبة التي حملته على التعاون معنا ؛ ونعتمد ثانيا على ذكائه الذي نسانده بتدخلنا . ومن المؤكد انه سيكون من الايسر على الذكاء ان يتعرف المقاومة وأن يهتدي الى ترجمة ما تم كبته فيما لو اعطيناه من البداية فكرة عما ينبغي عليه ان يتعرفه ويهتدي اليه . فلو قلت لكم : «انظروا الى السماء ، تروا فيها منطادا» لوقع عليه نظركم بأسرع مما لو اكتفيت بأن اطلب اليكم بأن تشخصوا بأبصاركم الى السماء من دون ان أعين لكم ما يفترض بكم ان تروه فيها .

ثم لدينا بعد ذلك الوقائع . ففي عدد كبير من الاصابات العصبية ، في ضروب الهستيريا والاعصبة الحصرية والاعصبة الوسواسية ، تثبت صحة فروضنا ومقدماتنا . فبنحثنا عن الكبت وبكشفنا المقاومة وبإماطتنا اللثام عما جرى كبته ، نفلح فعلا في حل المشكلة ، وفي التغلب على المقاومات ، وفي ازالة الكبت ، وفي تحويل اللاشعوري الى شعوري . وفي اثناء قيامنا بذلك نحس احساسا واضحا ان ثمة صراعا عنيفا ينشب في نفس المريض حيال كل مقاومة يراد التغلب عليها ، صراعا نفسيا سويا، على مستوى سيكولوجي واحد ، بين دوافع متعاكسة ، بين قوى تنزع الى الابقاء على التوظيف المضاد واخرى تدفع باتجاه التخلي عنه . والدوافع الاولى دوافع قديمة ، وهي التي تسببت في الكبت اصلا ؛ وبالمقابل ، فان بين الدوافع الاخرى بعض دوافع نشأت حديثا وعليها نعقد الرجاء في حسم الصراع بالاتجاه الذي نريد .

هكذا نكون اذن قد أفلحنا في بعث الصراع القديم ونفخ الحياة فيه من جديد ، بعد ان كان آل به الامر الى الكبت ، وفي اعادة النظر في السيرورة التي كان يبدو وكأنه ختم عليها من عهد بعيد . والوقائع الجديدة التي نسوقها مساندة لهذه المراجعة تتمثل في ما يلي : تذكيرنا المريض بأن الحل السابق للصراع هو الذي افضى الى المرض ، ووعدنا اياه بأن حلا آخر من شأنه ان يفتح الطريق الى الشفاء ، وبياننا له ان الشروط تغيرت جميعها تغيرا كبيرا منذ عهد ذلك الحل الاول . فيوم تشكل المرض ، كان الانا ضعيفا ، ضامرا ، طفليا ، وربما كان له عذره في استبعاد متطلبات الليبيدو بوصفه مصدرا تأتي منه الاخطار . اما اليوم فهو اقوى وأشد مراسا ، وله علاوة على ذلك في الطبيب معاون امين مخلص . ومن ثم ، فان لنا الحق في ان نتوقع ان يتمخض الصراع المؤججة ناره من جديد عن حل انسب من ذاك الذي تمخض عنه يوم آل به الامر الى الكبت ؛ وكما تقدم بيان ذلك ، فان النجاح الذي احرزناه في حالات الهستيريا والاعصبة الحصرية والاعصبة الوسواسية يبرر من حيث المبدأ توقعنا .

---

٢ ــ رأينا من قبل انه من الممكن حل هذا الاشكال باللغة العربية ، اذا ترجمنا اللاشعور من حيث انه ظاهرة وصفة بـ «اللاوعي» ، ومن حيث انه نسق نفسي بـ «اللاشعور» . ــم ــ

غير ان هناك أمراضا لا تكلل فيها طرائقنا العلاجية بالنجاح ابدا ، مع ان الظروف والشروط متشابهة . فلقد كان الامر في هذه الامراض ايضا امر صراع بدائي بين الانا والليبيدو ، وهذا الصراع تمخض بدوره عن كبت ، حتى وان اختلفت مواصفاته طبوغرافيا ؛ ثم اننا نستطيع ان نتقصى حياة المريض لنكتشف في هذه الامراض ، كما في غيرها ، المواقع المحددة التي حدث فيها الكبت ؛ ثم نطبق على هذه الامراض الطرائق عينها ، ونجزل للمرضى الوعود ذاتها ، ونساعدهم بالطريقة نفسها ، اي بأن نعطيهم بعض افكار أولية او «تصورات توقعية» عما ينبغي ان يبحثوا عنه ؛ وعلاوة على هذا كله فان الفترة الفاصلة بين العهد الذي حدث فيه الكبت وبين الوقت الحاضر قمينة بأن تعين على ايجاد مخرج مرضٍ للصراع . ولكن بالرغم من ذلك كله لا نفلح في التغلب على مقاومة او في ازالة كبت . فهؤلاء المرضى ، من المصابين بالبارانويا او السويداء او الخبل المبكر ، يستعصون اجمالا على المعالجة التحليلية النفسية . فما السبب في ذلك ؟ لا يمكن ان يكون مرجع ذلك الى قصور في الذكاء ؛ ونحن نفترض بلا ريب تمتع مرضانا بمستوى عقلي معين ، وهذا المستوى موجود بكل تأكيد لدى المرضى البارانويين الذين يظهرون أرابة كبيرة في اختلاق ابرع التآليف . كذلك لا يمكننا ان نرجع السبب في اخفاقنا الى غياب عامل من العوامل الدافعة الاخرى؛ فالسوداويون مثلا ، وبخلاف البارانويين ، يعون انهم مرضى وانهم يكابدون آلاما مبرحة ، لكن هذا لا يجعلهم اكثر امتثالا للمعالجة التحليلية النفسية . والحق اننا نصطدم هنا بواقعة لا نفهمها ، الامر الذي يحدونا الى التساؤل عما اذا كنا فهمنا واستوعبنا فعلا جميع شروط النجاح الذي احرزناه في الاعصبة الاخرى .

اذا حصرنا اهتمامنا بمرضانا المصابين بالهستيريا والعصاب الوسواسي ، فلن نلبث ان نقع على ظاهرة اخرى لم نتهيأ لملاقاتها اطلاقا . فلا نكاد نمضي في العلاج ردحا يسيرا من

الزمن حتى نلحظ ان هؤلاء المرضى يتصرفون حيالنا بطريقة غريبة للغاية . فقد كنا نحسب اننا أحطنا بجميع العوامل التي يجدر بنا ان نأخذها في اعتبارنا في اثناء المعالجة ، كما كنا نظن اننا حددنا موقفنا من المريض بجلاء لا مزيد عليه كما في مسألة حسابية؛ لكن هانحنذا نتبين انه تسرب الى الموقف عنصر لم يكن في حسباننا . ونظرا الى ان هذا العنصر اللامُتوقع يمكن ان يتجلى في اشكال شتى ، فسأبدأ بأن اصف لكم مظاهره الاكثر تواترا والاقرب الى الفهم .

اول ما نلاحظه ان المريض ، الذي لا ننتظر منه ان يبحث عن شيء آخر الا عن مخرج من صراعاته المؤلمة ، يظهر تجاه شخص طبيبه اهتماما خاصا . فكل ما يتصل به بهذا الاخير يبدو له اهم من شؤونه الخاصة ويصرف انتباهه عن مرضه . ولذا فان العلاقات التي تقوم بين الطبيب والمريض تكون ودية للغاية لفترة من الزمن ؛ فالمريض يبدي عن حسن استعداد ومودة ، ويبذل قصاراه ليظهر عرفانه بالجميل ما استطاع الى ذلك سبيلا ، ويكشف عن جانب مرهف في شخصيته وعن خصال حميدة اخرى قد لا يدور لنا في بال ان نتطلبها منه . ولا يملك الطبيب في نهاية المطاف الا ان يكوّن فكرة طيبة عنه ، ويحمد الظروف التي اتاحت له الفرصة ليقدم معونته الى مثل هذا الشخص الرائع . واذا سنحت الفرصة للطبيب ليتحدث الى اقارب المريض ، سرّه ان يعلم ان مشاعر وده تجاه هذا الاخير متبادلة . فالمريض لا يني يكيل الثناء امام ذويه للطبيب ويكتشف لديه في كل يوم مزايا جديدة . ويشنف أقاربه أذنيك بقولهم : «انه لا يفكر الا بك ، وثقته بك عمياء ، وكل ما تقوله هو عنده كلام مُنزل» . يزيد احدهم بين الحين والآخر فيقول : «لقد اصبح مملا ، فهو لا يتحدث الا عنك ، ولا يتردد غير اسمك على شفتيه» .

وأفترض أن الطبيب سيكون على درجة كافية من التواضع كيلا

يرى في كل ضروب الاطراء والمديح هذه سوى محض تعبير عن الرضى الذي يخالج المريض لما يتيحه له الطبيب من امل في الشفاء ، ونتيجة للتوسع في أفقه العقلي من جراء منظورات التحرر المدهشة التي تفتحها امامه المعالجة . وفي مثل هذه الشروط لا بد للتحليل ان يحرز تقدما مرموقا ؛ فالمريض يفهم التوجيهات التي تقترح عليه ، ويتعمق المشكلات التي تستثيرها امامه المعالجة ، وتتوارد الى ذهنه الخواطر والذكريات باستفاضة ، وتدهش تأويلاته بصحتها ووثوقها الطبيب ، فلا يملك الا ان يلحظ بعين الرضى سرعة تقبل المريض للبدع السيكولوجية التي تقابل في العادة من أصحاء الناس بأعنف المعارضة . وهذا الموقف الطيب الذي يقفه المريض اثناء العمل التحليلي لا بد ان يناظره تحسن موضوعي في الحالة المرضية لا تعسر ملاحظته على احد .

على ان الجو الجميل لا يمكن له ان يدوم ابدا . اذ يأتي يوم يتعكر فيه ويربد ، وتبرز في وجه المعالجة عقبات ، ويزعم المريض ان سيل خواطره قد نضب معينه . ويراود الطبيب شعور واضح بأن المريض ما عاد يحفل بالتحليل ، وانه يتهرب باستخفاف من الوفاء بالعهد الذي قطعه للطبيب بأن يبوح بكل ما يرد الى خاطره ، من دون ان يلقي بالا الى اي اعتبار نقدي . ويتصرف وكأنه ليس قيد المعالجة ، وكأنه لم يعقد مع الطبيب اتفاقا . ومن الواضح هنا ان باله انشغل بشيء يحرص على عدم الافصاح منه . وهذا موقف فيه على المعالجة خطر . ولا جدال في ان مقاومة عنيفة تعترض سبيلنا هنا . فما عسى ان يكون حدث ؟

حين تتأتى لنا القدرة على جلاء الموقف من جديد ، نلاحظ ان علة الاضطراب تكمن في نفس ذلك الشعور الودي العميق الذي يساور المريض ازاء الطبيب ، والذي لا يبرره لا موقف هذا الاخير ولا العلاقات التي قامت بينهما في اثناء المعالجة . والشكل الذي يتظاهر به هذا الشعور الودي والاهداف التي ينشدها تتوقف بطبيعة الحال على ظروف الموقف بين الشخصين . فان كانت

المريضة فتاة ، وكان الطبيب في مقتبل العمر كذلك ، خالجتها ازاءه عاطفة حبية سوية ، ولن نستغرب هنا ان تتدله فتاة بحب رجل تنفرد به لفترات طويلة وتستطيع مكاشفته بأشياء حميمة كثيرة ويكون له عليها وقع وإيهام لما له من تفوق يستمده من موقعه كمنقذ ؛ ونكون قد نسينا في هذه الحال ان ما يمكن لنا ان نتوقعه من جانب فتاة معصوبة هو بالاحرى اضطراب في المقدرة على الحب . والأبعث على العجب اننا نلتقي هذا الموقف الوجداني عينه حتى عندما تكون العلاقات الشخصية بين المريض والطبيب بعيدة عما هي عليه في تلك الحالة الافتراضية . والامر ممكن التصور مع ذلك فيما لو كانت المريضة زوجة في مقتبل العمر ، ما ذاقت طعما في زواجها الا للشقاء ، فساورها هوى مشبوب حيال طبيبها ان كان لا يزال أعزب ، وابدت عن استعدادها لطلب الطلاق كيما تتزوجه ؛ وان كان ثمة عقبة تعترض سبيل زواجها منه ما ترددت في ابداء استعدادها لتصير عشيقته . وأشياء كهذه تحدث حتى في غير حالات تدخل التحليل النفسي . غير ان العبارات التي نسمعها في الحالات التي نتدخل فيها من أفواه النساء والفتيات تنم عن موقف محدد من مشكلة العلاج : فهن يزعمن انهن كن يعرفن من البداية انه لا سبيل امامهن للشفاء غير الحب ، وان يقينهن كان راسخا ، من اول العلاج ، ان صلتهن بالطبيب ستمنحهن في نهاية المطاف ما ضنت به الحياة عليهن . واستنادا الى هذا الامل وحده بذلن ما بذلنه من جهود في اثناء المعالجة وتغلبن على كل صعاب الاعتراف والبوح بالاسرار . وسنضيف من جهتنا : «انما استنادا الى هذا الامل وحده فهمن بسهولة اشياء لا يتقبلها الناس في العادة الا بلأي وعسر» . على ان اعترافا كهذا يذهلنا ويقلب حساباتنا كافة . افمن الممكن ان نكون قد تركنا اهم بند في الحساب يسقط منا ؟

بالفعل ، كلما تعمقت تجربتنا ، تضاءلت قدرتنا على المماراة

في هذا التصحيح الذي فيه ما فيه من المهانة لادعاءاتنا العامية.
فلعلنا كنا نحسب في بادىء الامر ان التحليل يصطدم بعقبة نشأت عن حادث عارض لا يمت بصلة الى المعالجة بحصر المعنى. لكن عندما نرى ان تعلق المريض الحبي بالطبيب يتكرر قياسيا في كل حالة جديدة، وعندما نراه يتظاهر حتى في الظروف غير المؤاتية على الاطلاق، وفي الحالات التي يصل فيها عدم التناسب بين المريض والطبيب الى حد يبعث ـ لغرابته ـ على الضحك، كأن تتعلق امراة طعنت في السن بطبيب ابيضت لحيته، اي في الحالات التي لا يمكن ان يكون فيها، في تقديرنا، مجال للجاذبية او لقوة الاغراء، إذاك نجدنا مكرهين على اطراح فكرة ان الامر كان محض مصادفة عكرت صفو التحليل، ولا يكون امامنا مناص من التسليم بأننا امام ظاهرة وثيقة الصلة بطبيعة الحالة المرضية بالذات.

هذه الواقعة الجديدة، التي لا نسلم بها الا على كره منا، ما هي الا ما نسميه **بالتحويل**. ونعني به تحويل العواطف نحو شخص الطبيب، لاننا لا نرى ان الموقف الناشىء عن المعالجة يمكن ان يعلل تفتح هذه العواطف. انما نشتبه بالاحرى في ان كل هذه اللهفة الوجدانية صورة عن مصدر آخر، وانها كانت موجودة لدى المريض في حالة من الكمون، ثم خلعت على شخص الطبيب في اثناء المعالجة التحليلية. ومن الممكن ان يتظاهر التحويل إما في شكل مطلب حبي صاخب، واما في اشكال ادنى الى الاعتدال؛ فإزاء طبيب متقدم في السن يمكن ان تراود المريضة الشابة رغبة، لا في ان تصير عشيقته، بل في ان يعاملها وكأنها ابنته الاثيرة؛ كما يمكن ان يجنح ميلها الليبيدوي الى الاعتدال فيصير صبوة الى صداقة مثالية، متصلة، بعيدة عن الشهوانية. وفي مقدور بعض النساء التسامي بالتحويل وتكييفه بحيث يغدو قابلا للحياة بمعنى ما؛ لكنه يتظاهر لدى غيرهن في شكل فج، بدائي، لا يطاق في اغلب الاحيان. على ان الظاهرة واحدة في كلا الحالين،

واصلها واحد.

قبل ان نتساءل عن موقع هذه الواقعة الجديدة من الحياة النفسية، اسمحوا لي بأن أستكمل وصفها. كيف تجري الامور في الحالات التي ينتمي فيها المرضى الى الجنس المذكر؟ قد يتراءى لنا لاول وهلة ان هؤلاء بمنجى من التدخل المؤسف للفارق الجنسي والجاذبية الجنسية. كلا، فشأنهم في هذا شأن النساء من المرضى. فهم يفصحون عن التعلق نفسه بالطبيب، ويكوّنون لأنفسهم الفكرة المشتطة نفسها عن مزاياه وصفاته، ويبدون اهتماما بالغا بكل ما يتصل به ويغارون، كالنساء، من كل من له به صلة في الحياة. وتكون الاشكال المعلاة، المصعّدة، من التحويل من رجل الى رجل اكثر تواترا، كما تكون المتطلبات الجنسية المباشرة اكثر ندورا كلما تضاءل الدور الذي تلعبه الجنسية المثلية السافرة لدى الفرد المعني لصالح بروز العوامل الاخرى المكوّنة للغريزة. ويلحظ الطبيب ايضا لدى مرضاه الذكور، اكثر بكثير مما لدى النساء، شكلا من التحويل يبدو للوهلة الاولى متناقضا مع كل ما تقدم من وصفنا له حتى الان: التحويل العدائي او السلبي.

لنحدد قبل كل شيء بأن التحويل يتظاهر لدى المريض من بداية العلاج، ويبقى لحين من الزمن اقوى حافز للاستمرار فيه. على اننا لا نلحظه وليس لنا ان نشغل انفسنا به ما دام تأثيره يؤاتي التحليل الذي تتابعه بالتعاون مع المريض. لكنه حالما يتحول الى مقاومة، يستدعي منا الاهتمام كله، وعندئذ نلاحظ ان صلاته بالعلاج يمكن ان تتبدل في اتجاهين مختلفين ومتعارضين: اولا ان يغدو الموقف الودي بالغ القوة، فتنجلي للعيان علامات اصله الجنسي بوضوح يمسي من المحتم معه ان تنتصب في وجهه مقاومة داخلية؛ وثانيا ان تنقلب عواطف الود والمحبة الى عواطف بغض وعداء. وبصورة عامة، يكون ترتيب عواطف العداء في

الظهور متأخرا عن عواطف الود وتحت ستارها ؛ والتواجد المتزامن لهذين الضربين من العواطف يعكس الازدواجية الوجدانية التي تتسم بها اغلب علاقاتنا بغيرنا من الناس . فالعواطف العدائية ، مثلها في ذلك مثل العواطف الودية ، علامة على تعلق وجداني ، تماما كما ان التحدي والطاعة يعبران على السواء عن شعور بالتبعية ، وان تعاكست علاماتهما . ولا مراء في ان العواطف العدائية تجاه الطبيب تستأهل هي ايضا اسم «التحويل»، لان الموقف الذي تخلقه المعالجة لا يقدم لها اية ذريعة كافية كيما تتكوّن ؛ وهكذا تثبت لنا الضرورة ، التي حملتنا على التسليم بوجود تحويل سلبي ، اننا لم نكن على خطأ من امرنا في ما اصدرناه من احكام بصدد التحويل الايجابي او العاطفي الودي .

من اين يأتي التحويل ؟ ما الصعاب التي يقيمها في وجوهنا ؟ كيف نستطيع ان نتغلب على هذه الصعاب ؟ وما الربح الذي يمكننا اجتناؤه منه آخر الامر ؟ كل هذه اسئلة لا سبيل الى معالجتها بالتفصيل الا في اطار شرح تقني ومختص لمسألة التحليل ، ولذا سأكتفي بمسها مسا رفيقا هنا . من البدهي اننا لا نلبي مطالب المريض الناجمة عن التحويل ؛ لكن ليس من الحكمة ان نردها بخشونة او غضب . بل نحن نظهر على التحويل ونتغلب عليه اذا ما أوضحنا للمريض ان عواطفه غير ناشئة من الموقف الراهن وليس لها بالتالي ان تنصب على شخص الطبيب ، بل هي تكرار لموقف سبق له ان مر به من عهد بعيد . وبذلك نرغمه على التراجع القهقرى من هذا التكرار الى الذكرى . ومتى ما وصلنا الى هذه النتيجة وضع التحويل ، الودي او العدائي ــ وهو عينه الذي كان يبدو وكأنه يشكل اكبر خطر على نجاح العلاج ــ وضع بين أيدينا المفتاح الذي به نستطيع ان نفتح اشد المقصورات استغلاقا في الحياة النفسية . لكن بودي ان أفضي اليكم ببضع كلمات أبدد بها ما يمكن ان يكون اعتراكم من دهش لهذه الظاهرة اللامتوقعة . وبالفعل ، لا يغرب عن اذهانكم ان مرض المريض

الذي نشرع بتحليله لا يؤلف ظاهرة مكتملة ، متحجرة ، بل هو على العكس قيد النمو والتطور ، نظير الكائن الحي تماما . وبداية العلاج لا تضع حدا لهذا التطور ، لكن عندما يفلح العلاج في الامساك بتلابيب المريض ، نلحظ ان كل تشكيلات المرض الجديدة تغدو متركزة عند نقطة واحدة ، وبالتحديد العلاقة بين المريض والطبيب . وبذلك يمكن تشبيه التحويل بالطبقة التي تتوسط الشجرة واللحاء ، اي الطبقة التي تتشكل بدءا منها الانسجة الجديدة وتتعاظم سماكة الجذع . فمتى ما صار للتحويل مثل هذه الاهمية ، طرا فتور ملحوظ على العمل الذي يرمي الى استحضار ذكريات المريض . ويمكننا القول عندئذ انه ما عاد لنا شأن مع مرض المريض السابق ، بل صرنا نواجه عصابا حديث التكوّن والتحول حل محل الاول . هذه الطبقة الجديدة التي تراكبت فوق المرض القديم كنا قد تتبعناها من بدايتها ، فرايناها تولد وتتطور، ولن يكون شاقا علينا ان نراها على حقيقتها ما دمنا نشغل نحن انفسنا نقطة المركز فيها . فجميع أعراض المريض فقدت دلالتها الاولى واكتسبت معنى جديدا ذا صلة بالتحويل . او بالاحرى لم يبق من الاعراض في الواقع سوى تلك التي امكن لها ان تتحول وتتلاءم مع الوضع المستجد . وتغلبنا على هذا العصاب الاصطناعي الجديد معناه القضاء على المرض الذي كان موجودا قبل بدء العلاج . وهاتان النتيجتان متضامنتان ، ومتى ما وصلنا اليهما تكون مهمتنا العلاجية قد انتهت . فالشخص الذي صار سويا وانعتق من تأثير الميول المكبوتة في علاقاته مع الطبيب ، سيبقى كذلك في حياته العادية بعد ان يختفي منها الطبيب .

ان هذه الاهمية الخارقة ، بل المركزية من المنظور العلاجي ، التي يتسم بها التحويل تتجلى في المقام الاول في حالات الهستيريا والهستيريا الحصرية والاعصبة الوسواسية . ولهذا سميت هذه الاعصبة ، بحق ، بـ «الاعصبة التحويلية» . ومن

تسنت له الفرصة لتكوين فكرة صحيحة عن طبيعة التحويل من خلال ممارسة العمل التحليلي ، لا يعود يخامره شك بصدد نوع الميول المكبوتة التي تفصح عن نفسها في أعراض هذه الاعصبة ، ولا يعود يتطلب برهانا آخر، اكثر اقناعا، على طبيعتها الليبيدوية. وبوسعنا القول ان اقتناعنا بأن اهمية الاعراض تكمن تحديدا في كونها اشباعا ليبيدويا بديلا لم يتثبت لنا بصورة نهائية الا بعد تحققنا من واقعة التحويل .

والآن نملك اكثر من سبب لتصحيح تصورنا الدينامي السابق عن سيرورة الشفاء ، واكثر من سبب ايضا للتوفيق بينه وبين هذه الرؤية الجديدة . فحين يتأهب المريض لشن الكفاح العادي السوي على المقاومات التي كشف له تحليلنا عن وجودها ، يكون بحاجة الى حافز قوي ليحسم الصراع في الاتجاه الذي نريده ، اي في اتجاه الشفاء . ومن دون هذا قد يقر قراره على تكرار المخرج السابق، فيفرض الكبت من جديد على ما جرى استدراجه الى الوعي . وما يبت في مآل هذا الصراع ليس اقتناع المريض العقلي ــ فهو لا يكون على درجة كافية من القوة والتحرر للتصدي لذلك ــ بل فقط موقفه من الطبيب . فان كان تحويله من النوع الايجابي ، خلع على الطبيب سلطانا عظيما ، وحوّل كلامه وآراءه الى عقيدة ايمانية . وبدون هذا التحويل ، او اذا كان التحويل سلبيا ، لم يعر المريض اقوال طبيبه اي اهتمام . فالايمان يكرر هنا تاريخ نشأته بالذات : فهو ثمرة الحب وما كان بحاجة الى حجج في اول الامر . وفي زمن لاحق فحسب يعلق على هذه الحجج قدرا كافيا من الاهمية ليخضعها لتمحيص نقدي عندما تكون صادرة عن اشخاص يحبهم . أما الحجج التي لا يعززها صدورها عن اشخاص يحبهم فلا يكون لها ، وما كان ليكون لها قط ، اي أثر في حياة غالبية البشر . وعلى هذا فان الانسان لا يكون مأتاه من الجانب العقلي فيه الا بقدر ما يكون قادرا على توظيف ليبيدوي للمواضيع ؛ ولدينا من الاسباب ما يحملنا على

الاعتقاد ــ وهذا شيء يخشى حقا ــ بأن درجة تأثره بالتقنية التحليلية ، بما فيها خيرها وافضلها ، مرتهنة بدرجة نرجسيته.

ان القدرة على توظيف الطاقة الليبيدوية في الاشخاص الآخرين خاصية ينبغي ان نقر بها لكل انسان سوي . وما الميل الى التحويل الذي لاحظناه في الاعصبة المشار اليها أعلاه الا مظهر مشتط لهذه القدرة العامة . وعلى هذا فانه لمن المستغرب حقا الا تكون مثل هذه السمة الخلقية ، على ما هي عليه من ذيوع واهمية ، قد لفتت اليها الانتباه وحظيت بما هي اهل له من التقدير . غير انها لم تغب ، في الحقيقة ، عن بصيرة بعض المراقبين الثاقبي الفكر . ولقد دلل برنهايم على سداد فكر كبير بتأسيسه نظرية الظاهرات التنويمية على أطروحة تقول ان جميع بني الانسان «قابلون للايحاء» بدرجات متفاوتة . وما اسماه ب «قابلية الايحاء» ليس شيئا آخر غير الميل الى التحويل وقد نظر اليه نظرة ضيقة بعض الشيء ، اي محذوفا منه التحويل السلبي . غير ان برنهايم ما امكن له قط ان يقول لنا ما كنه الايحاء حقا وكيف يحدث . فقد كان الايحاء عنده واقعة اساسية لا تحتاج الى تفسير أصولها . وهو لم ير رابط التبعية الذي يربط «قابلية الايحاء» الى الجنسية والى نشاط الليبيدو لدى الغير . ولزام علينا ان نعترف بأننا ان كنا تخلينا في تقنيتنا عن التنويم ، فقد التقينا الايحاء من جديد في صورة التحويل .

لكن هنا أتوقف وادع الكلام لكم . واني لأستشف ان ثمة اعتراضا ينهض في اذهانكم بقوة سيعجزكم معها تتبع تتمة عرضي ما لم تطلقوا له حرية الافصاح عن نفسه . فكأن لسان حالكم يقول : «لقد انتهى بك الامر الى الاقرار بأنك تعمل بالاستعانة بالايحاء ، تماما كما يفعل أنصار التنويم المغنطيسي . وهذا ما كنا نشتبه فيه من البداية . فما يغنيك ، والحالة هذه ، استحضار ذكريات الماضي، وكشف اللاشعور ، وتأويل التحريفات

واعادة ترجمتها ، وكل ذلك الانفاق الكبير في الجهد والوقت والمال ، ما دام الايحاء هو العامل الناجع الوحيد ؟ ولمَ لا تلجأ الى الايحاء مباشرة في مقاومة الاعراض نظير ما يفعل الآخرون من شرفاء المنوّمين ؟ واذا اردت ان تعتذر عن ركوبك هذا المركب الوعر ، فتعللت بالكشوف السيكولوجية الكثيرة والهامة التي تقول انك توصلت اليها والتي لا يفلح الايحاء المباشر في اماطة اللثام عنها ، فما يضمن لنا صحة هذه الكشوف ؟ أفليس ممكنا ان تكون هذه الكشوف بدورها من ثمرة الايحاء ، وعلى الاخص الايحاء غير القصدي ؟ أفلا يسعك ، حتى بطريقتك ، ان تفرض على المريض ما تشاء وما يبدو لك صحيحا وحقا ؟» .

ان ما تقولونه لي لعلى جانب كبير من الوجاهة ، ويتطلب جوابا . لكني لا استطيع ان اعطيكم الجواب اليوم ، بالنظر الى انقضاء الوقت . سأكتفي اذن بأن اختم بما بدأت . فقد كنت وعدتكم بأن اشرح لكم ، بواسطة واقعة التحويل ، السبب في ما تمنى به جهودنا العلاجية من اخفاق في الاعصبة النرجسية .

سأفعل ذلك بقليل من الكلام ، وسترون ان حل اللغز لفي منتهى البساطة واليسر ، ويتمشى مع كل الباقي . فالمشاهدة تدل ان المرضى المصابين بالعصاب النرجسي لا يملكون قدرة على التحويل او لم يبق لديهم منها سوى آثار لا تذكر . انهم يصدفون عن الطبيب ، لا بدافع العداء ، وانما عن لامبالاة . ولهذا لا منفذ لتأثيره اليهم ؛ فكل ما يقوله لا يحرك فيهم ساكنا ولا يترك في نفوسهم أثرا ؛ ومن ثم فان اوالية الشفاء ، التي اثبتت نجعها البالغ لدى الآخرين والتي تقوم على اساس بعث الصراع المرض والتغلب على المقاومة التي يبديها الكبت ، لا تجدي فيهم . فهم يبقون على ما هم عليه . وقد سبق لهم ان بذلوا من تلقاء انفسهم محاولات لتصحيح الموقف ، غير ان هذه المحاولات لم تتمخض الا عن عواقب مرضية . ولسنا نملك ان نغير في الامر شيئا .

لقد أكدنا ، استنادا الى المعطيات السريرية التي أمدنا بها هؤلاء المرضى ، ان الليبيدو انفصل لديهم ، ولا بد ، عن المواضيع ليتحول الى ليبيدو انوي . وقد خيل الينا اننا نستطيع ، بالاستناد الى هذه الخاصية ، أن نميز العصاب النرجسي عن الفئة الاولى من الاعصبة (الهستيريا ، العصاب الحصري والوسواسي) . والحال ان مسلكه اثناء المجهود العلاجي يؤكد وجهة نظرنا هذه . فهؤلاء المرضى ، العاجزون عن التحويل ، يستعصون على جهودنا ولا سبيل الى شفائهم بالوسائل التي في متناولنا .

المحاضرة الثامنة والعشرون

العلاج التحليلي

تعرفون ما هو موضوع حديثنا اليوم . فقد سألتموني لماذا لا نستخدم في المعالجة النفسية التحليلية الايحاء المباشر ، ما دمنا نعترف بأن تأثيرنا يرتكز اساسا الى التحويل ، اي الى الايحاء . ثم اعربتم ، ازاء هذا الدور الغالب الذي نخص به الايحاء ، عن شكوككم في موضوعية كشوفنا السيكولوجية . وقد وعدتكم باجابة مفصلة .

الايحاء المباشر هو الايحاء الموجّه ضد تظاهر الاعراض ، هو الصراع بين سلطانكم ونفوذكم وبين اسباب الحالة المرضية . فان لجأتم الى الايحاء لم تشغلوا انفسكم بهذه الاسباب ، بل طلبتم فقط الى المريض ان يكف عن التعبير عنها في صورة اعراض . والامر سيان في هذه الحال ان نومتم المريض او لم تنوّموه . ولقد

كان برنهايم ، بما أوتي من نفاذ بصيرة ، اشار الى ان الايحاء هو الواقعة الاساسية في التنويم المغنطيسي ، على اعتبار ان النوام نفسه نتيجة للايحاء وحالة موحى بها ؛ وقد آثر ان يمارس الايحاء في حالة اليقظة لانه قمين بأن يفضي الى نتائج مماثلة لتلك التي يفضي اليها الايحاء اثناء النوام .

ترى أي الشيئين احظى باهتمامكم : معطيات التجربة ام الاعتبارات النظرية ؟ لنبدأ بالاولى . فقد كنت تلميذاً لبرنهايم وحضرت دروسه في نانسي سنة ١٨٨٩ ، وترجمت الى الالمانية كتابه عن الايحاء . وقد طبقت على امتداد سنوات المعالجة التنويمية ، مقرونة اولا بالايحاء الرادع ، ومقرونة ثانيا بطريقة بروير في استكشاف حياة المريض . لديّ اذن ما فيه الكفاية من الخبرة لأتكلم عن نتائج المعالجة التنويمية او الايحائية . فان يكن العلاج المثالي هو العلاج الذي يعطي نتائج سريعة ، موثوقة ؟ ولا يستكرهه المريض ، بحسب القول المأثور الطبي ، فان طريقة برنهايم كانت تحقق شرطين على الاقل من هذه الشروط . فقد كانت قابلة للتطبيق بسرعة ، بأسرع بكثير من الطريقة التحليلية، من دون ان تجشم المريض تعبا ومن غير ان تسبب له اضطرابا . غير ان الطبيب كان يمل ويسأم على مر الزمن من اللجوء برتابة ، وفي الاحوال جميعا ، الى طريقة واحدة لا تتبدل طقوسها في استئصال الاعراض الشديدة التنوع ، من دون ان يتأتى له ان يفهم مدلولها او يدرك اهميتها وخطرها . لقد كان ضربا من العمل الآلي ،لا يتصف بأي صفة علمية ، وأدنى الى السحر والتعزيم والشعوذة . ولم يكن له مندوحة مع ذلك عن اداء هذا العمل من اجل صالح المريض . غير ان الشرط الثالث لم يكن متوفرا لهذه الطريقة ، اذ لم تكن موثوقة بحال من الاحوال . فهي قابلة للتطبيق في بعض الحالات ، وممتنعة عليه في حالات غيرها ؛ وهي عظيمة النجع مع بعض المرضى ، ومعدومته مع بعضهم الآخر ، من دون

ان ندري لذلك سببا . والاسوأ من هذا التقلب المزاجي عدم ثبات نتائجها . فكثيرا ما كان يتناهى الى علمنا بعد مرور بعض الوقت ان المريض قد انتكس او ان مرضا آخر عاده محل المرض الاول. وكان في امكان الطبيب في مثل هذه الحال ان يلجأ ثانية الى التنويم ، غير ان سلطات كفوءة كانت قد حذرت من الاسراف في استخدام التنويم : فقد تكون عاقبته الغاء استقلال المريض وتعويده عليه كما يعتاد على مخدر من المخدرات . لكن حتى في الحالات ـ النادرة بلا ريب ـ التي كنا نوفق فيها ، من دون ان نبذل جهودا زائدة عن الحد ، الى نجاح تام ودائم ، كنا نبقى على جهل بشروط هذه النتيجة الموفقة . وقد عرضت لي مرة حالة خطيرة للغاية ، فأفلحت في ازالتها تماما بعد معالجة تنويمية وجيزة ، غير انها ما لبثت ان انتكست ، وتصادف انتكاسها فيما كانت المريضة قد شرعت تبدي ازائي عداء وكرها ، فعملت على تصحيح مشاعرها هذه ووفقت الى شفاء اكمل مما في المرة الاولى ، لكنها عادت الى الانتكاس من جديد وعاد اليها موقفها العدائي مني . كما ان واحدة اخرى من مرضاي ، كنت قد افلحت في تخليصها بالتنويم من نوبات عصبية لمرات عدة ، ألقت بنفسها على حين غرة على عنقي فيما كنت أعتني بها اثناء نوبة جامحة . وأشباه هذه الوقائع ترغمنا ، شئنا او ابينا ، على التساؤل عن طبيعة النفوذ الايحائي وأصله .

تلك هي التجارب . وانها لتدلنا على اننا ، بتخلينا عن الايحاء المباشر ، لم نحرم انفسنا من شيء لا غنى عنه . واسمحوا لي الان بإبداء رأيي في هذا الموضوع . فاعتماد العلاج التنويمي لا يكلف الطبيب والمريض جهدا يذكر . فهذه الطريقة العلاجية تتمشى كل التمشي مع الراي الذي لا يزال سائدا عن الاعصبة في اغلب الاوساط الطبية . فالطبيب يقول للعصبي : «ما بك من شيء ، وما تشعر به هو من طبيعة عصبية ليس الا ، وبوسعي ببضع كلمات وفي بضع دقائق ان أخلصك من متاعبك» . غير ان

ما نعرفه عن الطاقة يأبى موقفا كهذا : اذ كيف يمكن تحريك حمل ثقيل بالتصدي له مباشرة بمجهود طفيف وبدون معونة آلة خاصة ؟ وبقدر ما يمكن للشروط ان تتشابه ، تدلنا التجربة ان هذه الحيلة لا تنجح في الاعصبة اكثر مما في الميكانيكا . غير اني أعلم ان هذه الحجة ليست منيعة لا مطعن عليها ، وأعلم ان هناك ايضا «انفلاتات» .

ان المعرفة التي حصّلناها بفضل التحليل النفسي تبيح لنا ان نصف الفوارق بين الايحاء التنويمي والايحاء التحليلي النفسي على الوجه التقريبي الآتي : فالمعالجة التنويمية تسعى الى تغطية شيء ما في الحياة النفسية والى تمويهه ، بينما تسعى المعالجة التحليلية ، على العكس ، الى تعريته وتصفيته . الاولى تعمل وكأنها طريقة تجميلية ، والثانية وكأنها طريقة جراحية . المعالجة التنويمية تستخدم الإيحاء لتحجر على الاعراض ، وتعزز ضروب الكبت ، ولا تمس في شيء السيرورات التي تمخضت عن تكوين الاعراض . اما المعالجة التحليلية فحين تواجه صراعا تمخضت عنه أعراض تسعى الى النفاذ الى الجذور وتستخدم الايحاء لتعدل مآل الصراع في الاتجاه الذي تريد . المعالجة التنويمية تترك المريض سالبا ، بلا تغيير ، وبالتالي بلا مزيد من المقاومة ازاء اي مسبّب جديد للاضطرابات المرضية . وبالمقابل تتطلب المعالجة التحليلية من الطبيب والمريض جهودا شاقة بقصد التغلب على المقاومات الداخلية . ومتى ما ذللت هذه المقاومات ، تكن حياة المريض النفسية قد تغيرت بصورة دائمة ، وارتقت الى درجة اعلى من التطور ، وصارت بمأمن من كل احتمال إمراضي جديد . وهذا المجهود الكفاحي ضد المقاومات هو المهمة الاساسية للمعالجة التحليلية ، وهي مهمة تقع على عاتق المريض بمعونة الطبيب الذي يلجأ الى الايحاء الفاعل باتجاه **تربية المريض** . وعلى هذا قيل بحق ان العلاج التحليلي النفسي ضرب من **تربية لاحقة** .

اعتقد اني اوضحت لكم ما وجه الاختلاف بين طريقتنا في استخدام الايحاء لهدف علاجي وبين الطريقة الوحيدة الممكنة لاستخدامه في المعالجة التنويمية . وبفضل ارجاع الايحاء الى التحويل، بات في ميسوركم ان تفهموا اسباب ذلك التقلب الملفت للنظر في المعالجة التنويمية ، بينما يمكن حساب نتائج المعالجة التحليلية والركون اليها حتى آخر مراحلها . فعند اللجوء الى التنويم يكون كل اعتمادنا على حالة التحويل ودرجته لدى المريض ، من دون ان يكون في مستطاعنا التأثير بأدنى قدر على هذه الحالة . والتحويل عند الفرد الذي نريد تنويمه يمكن ان يكون سلبيا ، او متسما بالازدواجية كما في الكثرة الغالبة من الاحوال ؛ وليس من المستبعد ان يحتمي الفرد من طاقة التحويل عنده بتدابير ومواقف يصطنعها لنفسه سلفا ، وهذا كله لا نعرف عنه شيئا . اما في التحليل النفسي فاننا نشتغل في التحويل نفسه ، فننحّي كل ما يتعارض وإياه ، ونوجه الينا الاداة التي نريد بواسطتها ان نمارس تأثيرنا . وهكذا يتسنى لنا ان نجتني فائدة مغايرة من قوة الايحاء ، اذ تصبح طيّعة بين أيدينا ؛ فليس المريض وحده من يتصرف بقابليته للايحاء كما يحلو له ، بل نتولى نحن توجيه هذه القابلية بقدر ما يمكن له ، بصفة عامة ، ان يفيد من تأثيرها .

ستقولون انه ليس من المهم ان نسمي القوة المحركة لتحليلنا «تحويلا» او «ايحاء» ، ففي الحالين كليهما يلقي التأثير الذي يتعرض له المريض ظلالا من الشبهة والشك على القيمة الموضوعية لملاحظاتنا وكشوفنا . فما يفيد العلاج قد يضر بالبحث . وهذا هو الاعتراض الذي غالبا ما يوجه الى التحليل النفسي ، ولا مفر لي من التسليم بأنه وان يكن خاطئا فليس لنا ان نرده كما لو انه غير معقول . واما لو كان مسوّغا فلن يكون التحليل النفسي في هذه الحال الا ضربا من العلاج بالايحاء ، من نوع بالغ النجع والفعالية، ومن ثم فليس لنا ان ننظر بعين الجد الى اية أطروحة من أطروحاته

بصدد المؤثرات الحياتية ، والدينامية النفسية ، واللاشعور . وهذا ما يراه بالفعل خصومنا ، فيزعمون على الاخص ان أطروحاتنا عن اهمية الحياة الجنسية ، وعن هذه الحياة نفسها ، لا تعدو ان تكون من نسج خيالنا الفاسد ، وان كل ما يقوله المرضى في هذا الخصوص انما هو من وحينا ومما نفرسه في أذهانهم . ودحض هذه الاعتراضات بأدلة من معين التجربة أسهل من دحضها بالاعتبارات النظرية . وكل من مارس بنفسه التحليل النفسي تسنى له ان يتحقق اكثر من مرة انه من المتعذر الايحاء الى المريض الى هذا الحد . وليس من العسير بطبيعة الحال حمل المريض على مناصرة نظرية بعينها وعلى مشاطرة الطبيب في معتقد خاطىء له . ويتصرف المريض عندئذ كما يتصرف اي انسان آخر ، اي كتلميذ ؛ وكل ما في الامر ان التأثير طال في هذه الحال ذكاءه، لا مرضه . ولا يقيض النجاح لحل الصراعات التي يقاسي منها المريض ولإزالة مقاوماته الا حين تكون «التصورات التوقعية» التي نقدمها له مطابقة لديه للواقع . وأما ما لا يتفق من مفترضات الطبيب مع هذا الواقع فانه يتلاشى ويزول من تلقاء نفسه في اثناء التحليل ، ويتوجب استبعاده ليفسح في المجال امام مفترضات اخرى اقرب الى الصحة تحل محله . وينبغي لنا ان نعتمد خطة مناسبة ويقظة للحؤول دون تخلف نتائج عابرة عارضة عن الايحاء ؛ ولكن حتى لو قامت مثل هذه النتائج ، لا يكون في ذلك ضر كبير ، لاننا لا نقنع ابدا بأول نتيجة . فالتحليل لا ينتهي ما لم تنجل جميع النقاط الغامضة في الحالة ، وما لم تسد جميع الثغرات الذاكرية ، وما لم يمط اللثام عن جميع ظروف الكبت . ومن الواجب ان نرى في النجاح الذي نحرزه بسرعة اكبر مما ينبغي عقبة امام العمل التحليلي اكثر منه ظرفا مؤاتيا له ، وأن نبادر الى هدم هذا النجاح بإلغائنا التحويل الذي يقوم عليه وبفصله عنه . والواقع ان هذه السمة الاخيرة هي التي تميز المعالجة

التحليلية عن المعالجة الايحائية الخالصة ، ونتائج التحليل عن نتائج الايحاء البسيط . ففي كل معالجة ايحائية ، أيا كان شأنها ، يصان التحويل بعناية ولا يُمس ؛ أما المعالجة التحليلية فموضوعها، على العكس ، التحويل نفسه ، اذ تسعى الى اماطة اللثام عنه وتفكيكه ، أيا يكن الشكل الذي يتبدى فيه . وفي نهاية المعالجة التحليلية يتعين هدم التحويل نفسه ، واذا تأتى لنا ان نظفر بنجاح دائم ، كان ارتكاز هذا النجاح لا الى الايحاء المحض ، بل الى النتائج المتحصلة بفضل الايحاء : الغاء المقاومات الداخلية والتغييرات الداخلية في نفس المريض .

طردا مع تعاقب الايحاءات اثناء المعالجة التحليلية ، يتعين علينا ان نتصدى باستمرار للمقاومات التي تعرف كيف تتحول الى تحويلات سلبية (عدائية) . ولن يفوتنا ان نعود الى التأكيد هنا بأن الكثير من نتائج التحليل ، التي قد نميل الى اعتبارها من ثمرة الايحاء ، انما تنبع من مصدر لا يمكن ان يرقى اليه الشك . وشاهدنا على ذلك المصابون بالخبل والبارانويا الذين ليس لاحد بطبيعة الحال ان يشتبه في انهم تلقوا او يمكن أن يتلقوا تأثيرا ايحائيا . فما يرويه لنا هؤلاء المرضى من خلال تخيلاتهم وترجمتهم للرموز يتفق مع النتائج التي تحصلت لنا من ابحاثنا عن اللاشعور في الاعصبة التحويلية ، ويؤيد بالتالي الصحة الموضوعية لتأويلاتنا التي غالبا ما جرى التشكيك فيها . واعتقد انكم لا تجازفون بالتورط في الخطأ فيما لو محضتم التحليل ثقتكم كاملة بصدد هذه النقاط .

لنستكمل الان عرض أوالية الشفاء بالتعبير عنها بمفردات نظرية الليبيدو . فالمعصوب عاجز عن الاستمتاع وعن النشاط : عاجز عن الاستمتاع لان الليبيدو عنده غير موجه نحو اي موضوع واقعي ، وعاجز عن النشاط لانه مرغم على انفاق قدر كبير من الطاقة للابقاء على ليبيدواه في حالة كبت ولتحامي هجماته . ولا سبيل امامه الى الشفاء الا بعد ان ينتهي الصراع بين اناه وليبيدواه

ويظهر الانا من جديد على الليبيدو . اذن فالمهمة العلاجية تتلخص في تحرير الليبيدو من متعلقاته الراهنة التي لا ممسك للانا عليها، وفي وضعه من جديد في خدمة هذا الانا . اين يوجد ليبيدو العصابي اذن ؟ من السهل الاجابة عن هذا السؤال : انه يكون عالقا بالاعراض التي تكفل له الاشباع البديل الوحيد الممكن في الوقت الحاضر . ينبغي اذن ان نسيطر على الاعراض ، أن نحلها؛ وباختصار ، ان نفعل ما يطلبه منا المريض تحديدا . وحتى نحل الاعراض ، لا بد ان نرجع الى أصولها ، وأن نوقظ الصراع الذي تولدت عنه ، وأن نوجه هذا الصراع نحو حل آخر ، مستعينين بعوامل ما كانت في متناول المريض يوم نشأت الاعراض . هذه المراجعة للسيرورة التي افضت الى الكبت لا يمكن القيام بها الا بصورة جزئية بتقصينا الآثار التي خلفتها . والشطر الحاسم من مهمتنا هو ان نستحدث ، انطلاقا من موقف المريض من الطبيب ، اي انطلاقا من «التحويل» ، طبعات جديدة من الصراعات القديمة ، بحيث يتصرف المريض فيها كما كان تصرف في صراعاته القديمة ، مع فارق وحيد وهو انه يستنفر هذه المرة كل قواه النفسية المتاحة ليصل الى حل مغاير . هكذا يغدو التحويل ساحة حرب تتواجه وتتصادم فيها جميع القوى المتصارعة .

ان الليبيدو والمقاومة التي يواجَه بها الليبيدو يتركزان بأسرهما في موقف المريض من الطبيب ؛ وعليه يكون من المحتم ان يقع انفصال بين الاعراض والليبيدو ، فتتبدى تلك متجردة عن هذا. وعوضا من المرض الفعلي ، نواجه الان التحويل المصطنع الاستحداث ، او اذا شئتم ، مرض التحويل . وعوضا عن مواضيع الليبيدو المتنوعة بقدر ما هي لاواقعية ، يمسي لدينا الان موضوع واحد ، وان يكن بدوره وهميا : شخص الطبيب . غير ان الايحاء الذي يلجأ اليه الطبيب يرقى بالصراع الذي يدور حول هذا

الموضوع الى أسمى مستوى نفسي ، بحيث يغدو هذا الصراع محض صراع نفسي سوي . وبحؤولنا دون حدوث كبت جديد نضع حدا للانفصال بين الانا والليبيدو ، ونرد الى الشخصية وحدتها النفسية . وحين ينفصل الليبيدو اخيرا عن هذا الموضوع العابر الذي هو شخص الطبيب ، لا يعود في مقدوره ان يرتد الى مواضيعه السابقة ، بل يمسي الان تحت تصرف الانا . اما القوى التي نكون قد تصدينا لها بالمكافحة في اثناء هذا العمل العلاجي فهي ، من جهة اولى ، نفور الانا من بعض توجهات الليبيدو ، وهو النفور الذي يتظاهر في النزوع الى الكبت ، ومن الجهة الثانية ، قوة لصوق الليبيدو او لزوجته — ان جاز القول — التي تجعله لا ينفصل طوعا وعن طيبة خاطر عن المواضيع التي تعلق بها .

من الممكن اذن تقسيم العمل العلاجي الى طورين : في اولهما ينفصل الليبيدو برمته عن الاعراض ليتثبت ويتركز على التحويلات ، وفي ثانيهما يدور الصراع حول هذا الموضوع الجديد الذي نتمكن في آخر الامر من تحرير الليبيدو منه . ولا نظفر بهذه النتيجة الموفقة الا اذا افلحنا ، في اثناء هذا الصراع الجديد ، في الحؤول دون حدوث كبت جديد يتيح لليبيدو ان يفلت مرة ثانية من قبضة الليبيدو ليلوذ بحمى اللاشعور . ونحن نتوصل الى ذلك بفضل ما يطرأ من تغيير على الانا تحت تأثير الايحاء الطبي . فبنتيجة العمل التأويلي الذي يحول اللاشعوري الى شعوري ، يكبر الانا على حساب اللاشعور ؛ وتحت تأثير النصائح التي تسدى اليه يغدو اكثر تسامحا ازاء الليبيدو واكثر استعدادا لمنحه شيئا من الاشباع ؛ وتخف وطأة المخاوف التي كانت تنتاب المريض ازاء متطلبات الليبيدو بفضل ما يتاح له من امكانية للانعتاق والتحرر عن طريق تصعيد جزء من الطاقة الليبيدوية . وكلما اقترب تقدم السيرورات وتعاقبها في اثناء المعالجة من هذا الوصف المثالي ، تعاظمت فرص العلاج التحليلي النفسي في النجاح . أما ما قد يحد من هذا النجاح فهو ، من جهة اولى ،

النقص في حركية الليبيدو الذي لا يرضى بالانفصال بسهولة عن المواضيع التي تثبَّت عليها ، ومن الجهة الثانية تصلب النرجسية الذي لا يسمح بالتحويل من موضوع الى آخر الا بقدر محدود . ولعل ما سيزيد فهمكم لدينامية السيرورة الشفائية ان تعلموا اننا نعتقل ونحتجز كل الليبيدو الذي كان فالتا من قبضة الانا ، باجتذابنا الينا شطرا كبيرا منه عن طريق التحويل .

ويحسن ان تعلموا ان مكان تموضع الليبيدو في اثناء التحليل وفي أعقابه لا يسمح لنا بأي استنتاج مباشر عن مكان تموضعه Localisation في اثناء الحالة المرضية . لنفرض اننا لاحظنا ، في اثناء العلاج ، تحويلا لليبيدو باتجاه الاب ، واننا افلحنا في فصله عن هذا الموضوع واجتذابه الى شخص الطبيب : والحال اننا سنخطىء لو استنتجنا من هذه الواقعة ان المريض كان يعاني فعلا من تثبيت لاشعوري لليبيدواه على شخص الأب . فما التحويل باتجاه شخص الاب الا ساحة الحرب التي فيها نأسر الليبيدو ونستولي عليه في آخر العراك ؛ ولكن هذا لا يعني ان هذه الساحة هي المقر الاصلي لليبيدو : فهذا الاخير كان يتخندق في معاقل اخرى أشد مناعة . ان ساحة القتال التي نحارب فيها ليست بالضرورة من مواقع العدو الهامة . وليس من المحتم ان ينظم العدو الدفاع عن عاصمته امام ابوابها بالذات . وانما بعد ان نهدم التحويل الاخير يتأتى لنا ان نحدد ذهنيا مكان تموضع الليبيدو في اثناء المرض بالذات .

ومن منطلق نظرية الليبيدو نستطيع ايضا ان نضيف بضع كلمات بصدد الاحلام . ان احلام المعصوبين ، كهفواتهم وذكرياتهم العفوية ، تفيدنا في النفاذ الى مغزى أعراضهم وتعيننا على اكتشاف مكان تموضع الليبيدو . فهي ، اذ تتخذ شكل رغبات متحققة تكشف عن الرغبات التي تعرضت للكبت وعن المواضيع التي تعلق بها الليبيدو الفالت من قبضة الانا . لذا يلعب تأويل

الاحلام دورا هاما في التحليل النفسي ، بل كان في العديد من الحالات ولفترة طويلة من الزمن وسيلة عمله الرئيسية . وقد رأينا من قبل ان حالة النوم بما هي كذلك تؤدي الى بعض التراخي في ضروب الكبت . ومن جراء هذا التخفيف للعبء الذي ترزح تحته الرغبة المكبوتة ، يتأتى لها ان تتخذ في الحلم تعبيرا أوضح وأجلى بكثير من ذاك الذي يتيحه لها العرض في حياة اليقظة . هكذا تفتح لنا دراسة الحلم أيسر مدخل الى معرفة اللاشعور المكبوت الذي ينتمي اليه الليبيدو الفالت من قبضة الانا .

على ان احلام المعصوبين لا تختلف في اي وجه اساسي عن احلام الاشخاص الاسوياء ؛ ولا يكفي ان نقول انها لا تختلف عنها ، بل يصعب تمييز بعضها من بعض . ومن اللامنطقي ان نحاول اعطاء احلام الاشخاص المعصوبين تفسيرا لا يصدق على احلام الاشخاص الاسوياء . ومن ثم يتعين علينا ان نقول ان الفارق بين العصاب والصحة لا يتجلى الا في حياة اليقظة في كلتا هاتين الحالتين ، ويتلاشى في الاحلام الليلية . ولزام علينا بالتالي ان نطبق وأن نسحب على الانسان السوي طائفة من المعطيات التي نستخلصها من العلاقات بين أحلام المعصوبين وأعراضهم . ويتعين علينا ان نعترف بأن الانسان الصحيح المعافى يملك ، هو الآخر ، في حياته النفسية ما يتيح الامكانية لتكوين احلام وتكوين أعراض ، ويتحتم علينا بالتالي ان نستنتج من ذلك انه يفرض على نفسه ، هو الآخر، ضروبا من الكبت ، وانه ينفق قسطا من الطاقة للحفاظ عليها ، وأن نسقه اللاشعوري ينطوي على رغبات مقموعة ، لا تزال مشحونة بالطاقة ، وأن **شطرا من ليبيدواه يفلت زمامه من قبضة أناه** . اذن فالانسان الصحيح المعافى معصوب بالقوة ، لكن الحلم هو العرض الوحيد الذي يبدو ان في مقدوره تشكيله . غير ان هذا محض ظاهر ، اذ لو اخضعنا حياة اليقظة لدى انسان سوي لتحليل نافذ لاكتشفنا ان حياته الموصوفة بأنها سوية تزخر بطائفة كبيرة من الاعراض ، وان تكن ـ والحق يقال ـ غير ذات بال ولا

اهمية لها تذكر من الناحية العملية .

ان الفارق بين الصحة العصبية وبين العصاب لا يعدو اذن ان يكون فارقا على مستوى الحياة العملية ، ويتوقف على درجة الاستمتاع والنشاط التي لا يزال الفرد قادرا عليها . وربما جاز ان نرده الى النسب ما بين كميات الطاقة التي بقيت حرة وكميات الطاقة التي تجمدت من جراء الكبت . اذن فهو فارق كمي لا كيفي. ولست بحاجة الى تذكيركم بأن هذه الرؤية تقدم اساسا نظريا لما أعربنا عنه من اقتناع بأن الاعصبة قابلة للشفاء من حيث المبدأ ، وان يكن مرتكزها الى استعداد جبلّي .

هذا ما يمكن لنا ان نستنتجه عن خصائص الصحة من التماثل بين احلام الاشخاص المعافين وأحلام الاشخاص المعصوبين . اما فيما يتصل بالحلم نفسه فتنجم عن هذا التماثل نتيجة اخرى ، وهي انه لا يجوز لنا ان نفصل الحلم عن الصلات التي يعقدها مع الاعراض العصابية ، وأنه لا يجوز لنا ان نتصور اننا أبنا عن طبيعة الحلم بما فيه الكفاية حينما قلنا انه محض شكل أثري قديم للتعبير عن بعض الافكار والخواطر ، وانه يتعين علينا اخيرا ان نقر بأنه يميط اللثام عن مواقع تموضع الليبيدو وعن مراكز تثبيته الموجودة فعلا .

★★★

شارفت الان على ختام عرضي . ولعلي خيّبت ظنكم اذ لم أحدثكم في محاضرتي هذه التي جعلت عنوانها **العلاج التحليلي** الا عن اعتبارات نظرية ، ولم أذكر لكم شيئا لا عن الشروط التي نتصدى فيها للعلاج ، ولا عن النتائج التي نرمي الى الوصول اليها. لقد اقتصرت على النظرية لاني لم أهدف قط الى ان أقدم لكم دليلا عمليا لممارسة التحليل النفسي ، ولدي اسباب خاصة

تحدوني على الا اخوض في الكلام واياكم عن طرائق التحليل النفسي ونتائجه . فقد قلت لكم ، من اول احاديثنا ، اننا نتوصل ، في الظروف المؤاتية ، الى نجاحات علاجية لا تقل روعة عن أروع النتائج التي يتم التوصل اليها في مضمار الطب الداخلي ، وبوسعي ان اضيف ان النجاحات في التحليل النفسي لا يمكن ان تظفر بها اية طريقة اخرى من طرائق العلاج . ولو قلت لكم اكثر من هذا ، فلربما اشتبهتم بأني أريد أن اطمس بهذا الاعلان الصاخب على أصوات المشنّعين علينا التي قاربت ان تكون زعيقا . فقد هدد بعض الزملاء انصار التحليل النفسي ، حتى في اثناء اجتماعات مهنية عامة ، بفتح أعين الجمهور على عقم طريقتنا في المعالجة ، عن طريق نشر قائمة بالحالات التي منيت بها بالاخفاق ، وحتى بالنتائج الفاجعة التي يقال انها تمخضت عنها . لكن بصرف النظر عن الطابع المقيت لهذا الاجراء ، الذي لن يعدو ان يكون ضربا من الوشاية الحاقدة ، فان نشر مثل تلك القائمة التي يتوعدوننا بها لا يمكن اتخاذه بيِّنة لاصدار حكم مطابق على الفعالية العلاجية للتحليل . فالعلاج التحليلي ، كما تعلمون ، حديث النشأة ، وقد اقتضانا سنين كثيرة كي نضع قواعد تقنيته ، وما امكننا ان نفعل ذلك اصلا الا في اثناء العمل نفسه واستجابة للتجربة المباشرة . وبالنظر الى ما يكتنف تعليم هذا الفرع من فروع الطب من صعوبات ، فان الطبيب المبتدىء في التحليل النفسي مكره ، اكثر من اي اختصاص آخر ، على الاعتماد على قواه وجهوده الخاصة ليبرع في فنه ؛ ومن ثم فان النتائج التي يمكن ان يحرزها في السنوات الاولى من الممارسة لا يمكن ان تقوم دليلا موجبا او سالبا على نجع المعالجة التحليلية .

لقد مني كثير من المحاولات العلاجية بالفشل في بداية التحليل النفسي ، لانها أجريت على حالات لا تدخل ضمن نطاق طريقته ، ونحن نستبعدها اليوم من عداد صلاحياته . لكن بفضل هذه الحالات تحديدا امكن لنا ان نحدد صلاحياته . فما كان لنا ان

نعرف سلفا ان الجنون الهذائي والخبل المبكر ، في طورهما المتقدم ، يستعصيان على التحليل النفسي ، وكان من حقنا كذلك ان نجرب هذه الطريقة على طائفة واسعة من هذه الامراض . الا انه من الانصاف ان نقول ان معظم الاخفاقات في تلك السنوات الاولى ينبغي ان يُعزى لا الى قلة خبرة الطبيب او الى سوء اختياره للموضوع ، بل بالاحرى الى ظروف خارجية غير مؤاتية . فنحن لم نتكلم حتى الان الا عن المقاومات الداخلية ، وهذه المقاومات ، التي يواجهنا به المريض محتمة وممكن التغلب عليها . لكن هناك ايضا عقبات خارجية ، وهي تلك التي تأتي من الوسط الذي يعيش فيه المريض ويخلقها اهله ومحيطه ؛ ولئن تكن معدومة الاهمية نظريا ، فانها جسيمة الخطر عمليا . وآية ذلك ان العلاج التحليلي النفسي أشبه ما يكون بعملية جراحية ، فلا سبيل الى اجرائه ، نظيرها تماما ، الا اذا قلصت احتمالات الفشل الى ادنى حد ممكن ؛ وانتم تعلمون كم من الاحتياطات يتخذ الجراح : غرفة مناسبة ، اضاءة جيدة ، مساعدون ذوو خبرة ، استبعاد اهل المريض ، الخ . ترى كم من العمليات الجراحية يمكن ان يكتب لها النجاح ، لو كان من المحتم ان تجرى بحضور جميع افراد الاسرة ، فيحيطون بالطبيب والمريض ويصيحون ويصرخون كلما أعمل مبضعه ؟ ان حضور الاهل في المعالجة التحليلية النفسية خطر محقق ، وخطر لا نملك درءا له . ان لدينا من السلاح ما نستطيع ان نواجه به المقاومات الداخلية الصادرة عن المريض والتي نعلم انها محتمة لا مناص منها ؛ لكن كيف نذود عن انفسنا شر تلك المقاومات الخارجيةُ ؟ فأما فيما يتصل بذوي المريض ، فمن المحال ان نجعلهم ينقادون للصواب وأن نقنعهم بحزم امرهم على التنحي عن المسألة كلها . ثم انه لا يجوز لنا ، من جهة اخرى ، ان نتحالف واياهم او ان ننحاز الى جانبهم ، اذ نجازف عندئذ بأن نخسر ثقة المريض الذي يتطلب ، بحق اصلا ، ان يقف الشخص الذي يركن

اليه ويكاشفه بما في نفسه الى جانبه دوما وفي كل الظروف .

ومن يعلم منكم ألوان الشقاق التي تمزق الاسرة في كثير من الاحيان ، فلن يدهشه ان يلاحظ ، وهو يمارس التحليل النفسي، ان اقارب المريض يؤثرون في احوال كثيرة ان يبقى على ما هو عليه على ان يروه يبرأ ويشفى . وفي الحالات التي يكون فيها للعصاب صلة بالمنازعات بين أفراد الاسرة الواحدة — وما اكثر هذه الحالات — لا يبدي الصحيح المعافى ترددا البتة اذا ما كان عليه ان يختار بين مصلحته الخاصة وبين شفاء المريض . فلا غرو اذن الا يرحب الزوج بعلاج من شأنه ، كما يشتبه بحق ، ان يؤدي الى كشف النقاب عن اخطائه وذنوبه . ونحن المحللين النفسيين لا ندهش لهذا ، ولكننا نصد عن انفسنا كل ملامة اذا لم يكتب لعلاجنا النجاح او اذا اضطررنا الى ايقافه لان مقاومة الزوج جاءت تعزز مقاومة الزوجة المريضة . اذ نكون في هذه الحال قد شرعنا بشيء كان يستحيل اصلا ، في الظروف القائمة ، تحقيقه .

لن أسوق لكم ، بين جملة من الحالات ، سوى مثال واحد فرضت علي فيه اعتبارات طبية خالصة دور ضحية صامتة . قبل بضع سنوات شرعت بتطبيق العلاج التحليلي على فتاة استبد بها منذ عهد بعيد حصر شديد صارت معه لا تستطيع ان تخرج الى الشارع ولا ان تبقى وحدها في البيت . وبعد طول تردد اعترفت لي الفتاة بأن مخيلتها اسيرة ما لاحظته مصادفة واتفاقا من وجود علاقة غرامية بين أمها وبين رجل ثري من اصدقاء الاسرة . غير انها لخرقها ، او لحذقها ، أطلعت أمها على ما كان يدور بيننا في اثناء جلسات التحليل النفسي، فاذا بها تغير موقفها منها، وصارت لا تريد ان تذود عن نفسها خوف الوحدة الا بصحبة أمها فتعترض عليها كلما ارادت الخروج من المنزل . وكانت الأم نفسها قد عانت في الماضي من آفة عصبية وتلقت علاجا ناجحا في احدى مؤسسات الاستشفاء المائي . ولنضف انها تعرفت في المؤسسة المذكورة الى الرجل الذي قامت بينه وبينها في وقت لاحق

صلات وجدت فيها كل منية نفسها . وازاء المطالب المشتطة التي صارت ابنتها تواجهها بها ، فطنت **على حين غرة** الى ما يعنيه خوفها وحصرها . فقد فهمت ان ابنتها استسلمت للمرض حتى ترهن حرية الأم وتحرمها من امكانية ملاقاة عشيقها . وبقرار مباغت وضعت الأم حدا للعلاج . ووضعت الفتاة في مؤسسة للامراض العصبية حيث كان يشار اليها ، على مدى سنوات ، على انها «ضحية مسكينة للتحليل النفسي» . ولكم عاد علي هذا المآل الفاشل للعلاج من لوم وتبكيت ! لكني لزمت الصمت ، اذ كنت اشعر بأني مقيد بواجب الكتمان المهني ! ولم أعلم الا بعد مضي فترة طويلة ، وعن طريق زميل لي زار تلك المؤسسة وسنحت له الفرصة لرؤية تلك الفتاة التي كانت تقاسي من رهاب الاماكن المزدحمة ، ان العلاقات بين الام وصديق الاسرة الغني معلومة للقاصي والداني ، وارجح الظن ان الزوج والاب كان يحبذها ويشجعها . اذن من اجل الحفاظ على هذا «السر» كانت التضحية بالعلاج .

في السنوات التي سبقت الحرب ، ويوم تدفقت اعداد كبيرة من الاجانب الذين اتاحوا لي ان أستقل بنفسي عما الاقيه في مسقط رأسي من استحسان او استهجان ، اخذت على نفسي عهدا : لا أعالج مريضا لا يكون مسؤولا عن نفسه ومستقلا عن كل كائن سواه في صلات حياته الاساسية . وهذه قاعدة لا يملك كل محلل نفسي ان يفرضها على نفسه وأن يتقيد بها . لكن بما اني احذركم من ذوي المريض ، فقد تميلون الى الاستنتاج ان المرضى الذين يتصدى التحليل النفسي لمعالجتهم يجب ان يفصلوا عن أسرتهم ، وان علاجنا لا يسري الا على نزلاء مؤسسات الامراض العصبية . وهذا رأي لا اراه اطلاقا : فمن الاجدى بكثير للمرضى، اذا لم يكونوا في حالة خطيرة من الاعياء ، ان يتابعوا حياتهم اثناء

فترة المعالجة في ظل نفس الشروط التي يتعين عليهم فيها ان يجدوا حلولا للمشكلات التي تواجههم . ويكفي في هذه الحال الا يتدخل الاقارب فيبطلوا هذه الميزة بموقفهم ، والا يظهروا بالاجمال اي عداء ومعارضة لجهود الطبيب . لكن ما أشق الحصول على هذه الاشياء ! ولن يطولُ بكم الامر بطبيعة الحال لتدركوا ما للبيئة الاجتماعية ولوضع الاسرة الثقافي من اثر في نجاح العلاج او اخفاقه .

ألا ترون ان هذا كله ليس من شأنه ان يعطيكم فكرة سامية عن نجع التحليل النفسي كطريقة علاجية ، حتى وان كان اغلب اخفاقاتنا غير مرهون الا بعوامل خارجية ؟ لقد حثني اصدقاء للتحليل النفسي على ان اضع احصائية بالحالات التي اصبنا فيها نجاحا في مقابل لائحة الاخفاقات التي نلام عليها . غير اني لم أقبل بنصيحتهم . وقد احتججت لرفضي هذا بأن الاحصاء يكون عديم القيمة اذا لم تكن الوحدات المتجاورة التي يتألف منها متشابهة بما فيه الكفاية ، والواقع ان حالات الاصابات العصابية التي اخضعت للعلاج التحليلي النفسي كانت تختلف فيما بينها اختلافا بيّنا من وجوه شتى . اضف الى ذلك لن الفترات التالية للشفاء كانت اقصر من ان تأذن لنا بأن نجزم بأن الشفاء دائم فعلا، ناهيك عن اننا في حالات كثيرة اخرى لا نستطيع حتى ان ندلي بمعلومات في هذا الخصوص . والحالات الاخيرة هذه هي حالات الاشخاص الذين يخفون مرضهم وعلاجهم على حد سواء ، والذين لم يكن مفر بالتالي من ابقاء شفائهم طي الكتمان . بيد ان اقوى اعتبار حملني على عدم الاخذ بتلك النصيحة هو خبرتي بمسلك الناس اللاعقلاني ازاء مسائل العلاج ، وبضعف احتمال اقناعهم بالحجج المنطقية ، حتى ولو كانت مستمدة من التجربة والمشاهدة . فالبدعة العلاجية تستقبل إما بحماسة صاخبة كما حدث مع

اكتشاف كوخ (١) الاول للسلّين ، واما بريبة وتشكيك مثبطين للعزائم كما حدث مع لقاح جنّر (٢) Jenner الذي كان عميم النفع حقا والذي لا يزال له الى اليوم خصوم الداء . وقد اصطدم التحليل النفسي بموقف متحيز سافر . فحين كنا نتكلم عن شفاء حالة صعبة كان يقال ردا علينا : هذا لا يثبت شيئا ، فبمثل هذا الوقت الطويل كان من المحتم ان يشفى مريضك حتى ولو لم يخضع لمعالجتك . وقد جاءتني يوما مريضة مرت بأربعة أدوار من الكآبة والهوس ، فأخضعتها للعلاج التحليلي النفسي في الوقفة التي اعقبت نوبة سوداء ، لكنها ما لبثت ، بعد ثلاثة اسابيع من بدء العلاج ، ان عرضت لها بداية مرحلة هوس جديدة ، فاذا بجميعَ افراد أسرتها ، يؤيدهم في ذلك طبيب من الثقات استدعي لاخذ مشورته ، يعربون عن اقتناعهم بأن هذه النوبة الجديدة لا يمكن الا ان تكون نتيجة للعلاج الذي حاولته. وليس في اليد من حيلة ازاء الاحكام والآراء المسبقة. ولا مندوحة لنا من الانتظار ، تاركين للزمن ان يعفّي عليها . ولا بد ان يأتي يوم يرى فيه الناس انفسهم الى الاشياء نفسها بغير ما كانوا يرون اليها بالامس . لكن لماذا لم يروا اليها بالامس كما يرون اليها اليوم ؟ هذا لغز مبهم وعويص فهمه علينا وعليهم على حد سواء .

على انه من المحتمل ان يكون الحكم المسبق المناوىء للعلاج التحليلي قد بدأ يتراجع ويتداعى ، واني لأرى في ذلك ، فيما لو صح ، دليلا على تواصل انتشار النظريات التحليلية وعلى تزايد

---

١ ـ روبرت كوخ : طبيب وعالم جراثيم الماني (١٨٤٣ ـ ١٩١٠) ، مكتشف عصية السل ، وكذلك السلين ، اي لقاح السل المعروف ايضا باسم مصل كوخ . ـ م ـ

٢ ـ ادوارد جنّر : طبيب انكليزي (١٧٤٩ ـ ١٨٢٣) ، مكتشف لقاح جدري البقر . ـ م ـ

عدد الاطباء الذين يمارسون التحليل النفسي في بعض البلدان .

فيوم كنت طبيبا ناشئا رأيت الدوائر الطبية تستقبل العلاج عن طريق الايحاء التنويمي بعاصفة من السخط والاستنكار مماثلة لتلك التي يستقبل بها «العقلاء» اليوم التحليل النفسي . غير ان التنويم المغنطيسي ، كوسيلة علاجية ، لم ينجز ما وعد به في البداية ؛ وعلينا نحن انصار التحليل النفسي ان نعتبر انفسنا ورثته الشرعيين ، فلا ننسى كل ما ندين له به من تشجيع وتفاسير نظرية . والعواقب الضارة التي تعاب على التحليل النفسي ترتد في الواقع الى تلك الظاهرات العابرة التي تنشأ عن احتداد شدة الصراع في الحالات التي لا يدار فيها التحليل بحذق او يوقف على نحو مباغت . اما وقد تأتى لكم الان ان تطلعوا على الكيفية التي نتصرف بها ازاء المرضى ، فبوسعكم ان تحكموا في ما اذا كان من شأن جهودنا ان تسبب لهم أذى دائما . صحيح ان في التحليل متسعا لضروب شتى من سوء الاستعمال ، كما ان التحويل بوجه خاص يشكل اداة خطرة بين يدي طبيب عادم الذمة ، لكن هل تعرفون وسيلة او طريقة علاجية بمنجى من سوء الاستعمال ؟ ان المبضع لا يكون اداة للشفاء الا اذا كان يقطع .

سأختم الان ، ومن دون ان أصطنع حيلة خطابية سأعترف لكم آسفا بجميع العيوب وبجميع الثغرات التي تخللت محاضراتي التي استمعتم اليها . ويؤسفني بوجه خاص اني كثيرا ما وعدتكم عندما كنت أمس موضوعا بعينه مسا رفيقا بأن اعود الى تناوله بالتفصيل ، ثم لم اف بوعدي بحكم الاتجاه الذي مضى عليه سياق العرض . لقد أخذت على عاتقي ان اعرفكم بمادة لا تزال قيد التطور ، لما تكتمل بعد ؛ ومن شدة ما رغبت في تلخيصها جاء عرضي نفسه منقوصا . وكثيرا ما حشدت المواد كلها بغية الخروج باستنتاج ، ثم كنت أحجم عن استخلاصه بنفسي . على اني لم أطمع في ان أجعل منكم اختصاصيين ؛ وكل ما صبوت اليه ان أنير الطريق امامكم وأن أحفز اهتمامكم .

الفهرس